

Une analyse longitudinale (2008-2013) du reste à charge des ménages après remboursement par l'assurance maladie obligatoire

Grégoire de Lagasnerie*, Florence Jusot**, Jérôme Wittwer***, Pauline Ricci-Renaud*, Christelle Gastaldi-Menager*, Marjorie Mazars*, Sébastien Rivière*, Anne Fagot-Campagna*, Claude Gissot*, Dominique Polton*

Le montant des dépenses restant à la charge des patients est un indicateur d'accessibilité financière ainsi qu'un indicateur de solidarité entre bien-portants et malades. L'objectif de l'étude est de décrire, pour la première fois, sur six années, les montants et la récurrence des restes à charge des patients du régime général après remboursement par l'assurance maladie obligatoire mais avant remboursement par les assurances complémentaires santé. Cette analyse complète les études déjà menées sur ces sujets sur des données annuelles (Geoffard et Lagasnerie, 2013), ou longitudinales mais sur trois années uniquement (HCAAM, 2013).

À partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), issu du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), est créée une cohorte d'environ 380 000 assurés du régime général, âgés en moyenne de 40 ans en 2008, hors bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, qui sont suivis de 2008 à 2013. Sont étudiés sur cette période leurs restes à charge pour les soins de ville et les hospitalisations en établissements de santé privés et publics (en médecine, chirurgie, obstétrique).

Le reste à charge cumulé moyen sur les six années s'élève à 2 820 euros, soit 470 euros en moyenne par an. Un dixième de la population présente un reste à charge cumulé entre 2008 et 2013 supérieur à 6 290 euros avec comme principales composantes les soins dentaires, les médicaments ou les séjours hospitaliers. L'âge, le fait d'être pris en charge pour une affection de longue durée ou d'avoir été hospitalisé expliquent ces forts restes à charge cumulés. Leur distribution est plus inégale une année donnée que sur l'ensemble de la période : ce ne sont pas toujours les mêmes assurés qui pâtissent des restes à charge les plus élevés. Pour autant, les 5 % de la population qui subissent les restes à charge cumulés les plus élevés endossent 20 % du montant total des restes à charge cumulés.

Malgré la forte concentration des restes à charge, la solidarité entre ceux qui dépensent le plus et ceux qui dépensent le moins est bien opérée par l'assurance maladie obligatoire. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés avec les plus faibles dépenses et qui concentrent la moitié de la dépense totale concentrent 76 % du total des restes à charge cumulés. En revanche, les assurés avec les plus fortes dépenses qui concentrent l'autre moitié des dépenses totales supportent seulement 24 % du total des restes à charge cumulés sur 2008-2013.

* Direction de la stratégie, des études et des statistiques, CNAMTS.

** PSL, université Paris-Dauphine, LEDa-Legos.

*** Collège santé de l'université Bordeaux au sein de l'ISPED (Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement)

La participation financière du patient dans le système d'assurance maladie français

Le système français d'assurance maladie obligatoire (AMO) propose une couverture universelle, relativement étendue du point de vue du panier de soins couverts par rapport à l'ensemble des pays de l'OCDE, avec une prise en charge de 76 % des dépenses de santé. Alors que certains pays proposent une prise en charge publique complète du panier de soins (parfois plus réduit), le système français est caractérisé depuis sa création, en 1945, par l'existence d'un ticket modérateur ou copaiement, c'est-à-dire d'une part restant à la charge des patients pour l'ensemble des soins. Les franchises médicales et forfaits introduits par les lois de 2004 et 2008 ainsi que les dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2 ou la liberté tarifaire sur certains soins dentaires et pour les dispositifs médicaux s'additionnent aux tickets modérateurs pour laisser aux assurés sociaux un risque financier lié à la maladie, le reste à charge (RAC) après paiement de l'AMO. Toutefois, contrairement à d'autres pays européens, le risque financier supporté au niveau individuel n'est pas plafonné (sur tout ou partie du panier de soins), même si les participations forfaitaires (consultations et actes médicaux, de radiologie et de biologie) et les franchises (médicaments, actes paramédicaux et transports) sont plafonnées dans les deux cas à 50 euros par an. Cela explique le rôle important de l'assurance maladie complémentaire (AMC) dans notre système qui permet de couvrir, tout ou partie, du risque financier lié à la maladie laissé à la charge du patient par l'AMO.

Afin de limiter le risque financier lié à la maladie et d'en diminuer sa concentration, les tickets modérateurs ne sont pas homogènes pour tous les types de soins et pour tous les assurés. Les consommations de soins à l'hôpital, souvent très élevées, bénéficient ainsi de tickets modérateurs sensiblement plus réduits que les dépenses de soins de ville. Par ailleurs, les personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD), généralement consommatrices importantes de soins, sont exonérées de tickets modérateurs sur les dépenses directement en lien avec leur ALD. Ces personnes doivent tout de même s'acquitter du ticket modérateur pour les soins qui ne sont pas en lien avec l'affection, ce qui explique que ces personnes peuvent faire face à des restes à charge (RAC) élevés du fait d'un état de santé dégradé et la possible présence de maladies intercurrentes. Concernant les dépassements d'honoraires et la liberté tarifaire sur certains soins, la stratégie poursuivie pour réduire le risque financier est différente. Elle consiste en premier lieu à instaurer des tarifs opposables pour les personnes les plus vulnérables économiquement au risque financier (les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire – CMU-C – et aujourd'hui de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé – ACS) et, plus récemment, à encadrer les dépassements d'honoraires¹. Ces dispositifs sont accompagnés en parallèle d'une politique d'incitation à la généralisation de la couverture complémentaire santé (obligation de couverture pour les salariés, aide fiscale, ACS...). La couverture complémentaire ne repose cependant pas, en règle générale, sur un principe de solidarité verticale (contribution proportionnelle au revenu) et n'offre pas une totale mutualisation des risques en particulier pour les contrats individuels dont les primes sont le plus souvent fonction de l'âge du souscripteur. Par ailleurs, si, dans la plupart des cas, les contrats de couverture complémentaire prennent en charge la majeure partie, voire l'intégralité du ticket modérateur, ils ne couvrent pas l'intégralité du RAC après AMO, laissant en particulier tout ou partie des dépassements tarifaires mais aussi les franchises à la charge des assurés².

Pourquoi s'intéresser aux restes à charge des patients, à leur niveau et à leur concentration ?

S'intéresser aux RAC après AMO, c'est s'intéresser aux dépenses de soins qui échappent à la mutualisation entre bien-portants et malades et à la solidarité verticale offerte par l'AMO à travers un financement proportionnel au revenu et non au besoin de soins. L'originalité du travail proposé ici tient au fait que l'on étudie la distribution des RAC après AMO cumulés sur six années, de 2008 à 2013. C'est un moyen de mesurer la persistance de l'exposition au risque que l'on ne peut pas appréhender en étudiant les RAC sur une seule année.

La question du niveau et de la concentration des RAC après AMO au sein de la population des assurés sociaux en France est centrale pour les politiques de santé, et en particulier pour les politiques d'accès aux soins (Dourgnon *et al.*, 2012 et 2013). Elle a récemment fait l'objet de nouvelles contributions. Tout d'abord, un travail de microsimulation (Geoffard et Lagasnerie, 2013), fondé sur un appariement entre l'enquête santé 2003 et les données du SNIIRAM, a souligné la corrélation négative entre RAC en proportion du revenu et revenus : plus les revenus sont élevés, moins le RAC en proportion du revenu l'est. Une étude du HCAAM en 2011 s'était focalisée sur les RAC extrêmes évalués à partir des données du SNIIRAM (rapport annuel du HCAAM, 2011), et un prolongement de cette étude en 2013 avait permis d'étudier les RAC extrêmes entre 2008 et 2010 (rapport annuel du HCAAM, 2013). Ces travaux ont alimenté à nouveau les débats autour de l'instauration d'un bouclier sanitaire qui a fait l'objet de questionnements approfondis à la fin de la dernière décennie en France (Briet et Fragonard, 2007). L'étude de Pierre et Franc (2015) s'est, quant à elle, attachée à étudier les RAC après AMO, et après AMO et AMC, des assurés d'une mutuelle gérant simultanément l'AMO et l'AMC. Elle a souligné le plus faible niveau de mutualisation caractérisant l'AMC. La question de la

1 Cf. signature de l'avenant n° 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012.

2 On ne peut, en France, étudier les restes à charge après couverture complémentaire sur données réelles couvrant l'ensemble de la population des assurés sociaux. La base de données MONACO, née de l'appariement de données de l'assurance maladie et de certains OCAM volontaires, permettrait de premières explorations sur le sujet. On peut également se référer aux travaux de Pierre et Franc (2015) sur des données de mutuelles de fonctionnaires. On peut néanmoins utiliser le modèle de microsimulation OMAR-INES afin d'étudier les restes à charge après AMO et AMC.

concentration du risque financier associé au risque sanitaire a également suscité des travaux dans d'autres pays et principalement aux États-Unis. On citera par exemple une étude récente s'interrogeant sur les RAC après la mise en œuvre de la réforme Obama (Galbraith *et al.*, 2013).

Cette étude est organisée en quatre sections. Dans une première section sont décrites les données mobilisées, la méthodologie ainsi que les principales caractéristiques de la population étudiée sur les six années y compris en termes de dépenses et de RAC moyens. Dans une deuxième section est étudiée la corrélation des RAC dans le temps pour évaluer la persistance du risque financier lié au RAC. Dans une troisième section est décrite et analysée la somme des RAC individuels de 2008 à 2013 en fonction de leur source (hôpital, spécialiste, généraliste, dépassements d'honoraires...). Un focus spécifique sur la distribution des RAC des personnes en ALD et des personnes ayant été hospitalisées est également proposé. Enfin, une dernière section s'intéresse à la solidarité entre bien-portants et malades en étudiant la courbe de concentration des RAC relativement aux dépenses de soins afin d'apporter des éléments de réponses aux questionnements suivants : les gros consommateurs de soins sont-ils ceux qui ont les RAC les moins élevés ? Les dispositifs visant à répartir les RAC à l'œuvre dans notre système de financement des soins sont-ils efficaces ?

Données et méthode

La cohorte sur laquelle est réalisée cette étude est composée de 376 723 personnes présentes dans l'EGB de 2008 à 2013 inclus (cf. *encadré 1*). Elle est composée de 52 % de femmes et de 48 % d'hommes, âgés en moyenne de 40 ans en 2008 (cf. *annexe 2*). Parmi cette population, 11,6 % bénéficiaient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) les six années, 2 % les cinq années, 1,8 % les quatre années et 4,6 % entre une et trois années. Ainsi, 20 % de la cohorte ont bénéficié au moins une année d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au cours de la période. Dans cette étude, afin de mener les différentes analyses sur le cumul des RAC, sont considérées en ALD les personnes qui ont été au moins une fois en ALD sur la période.

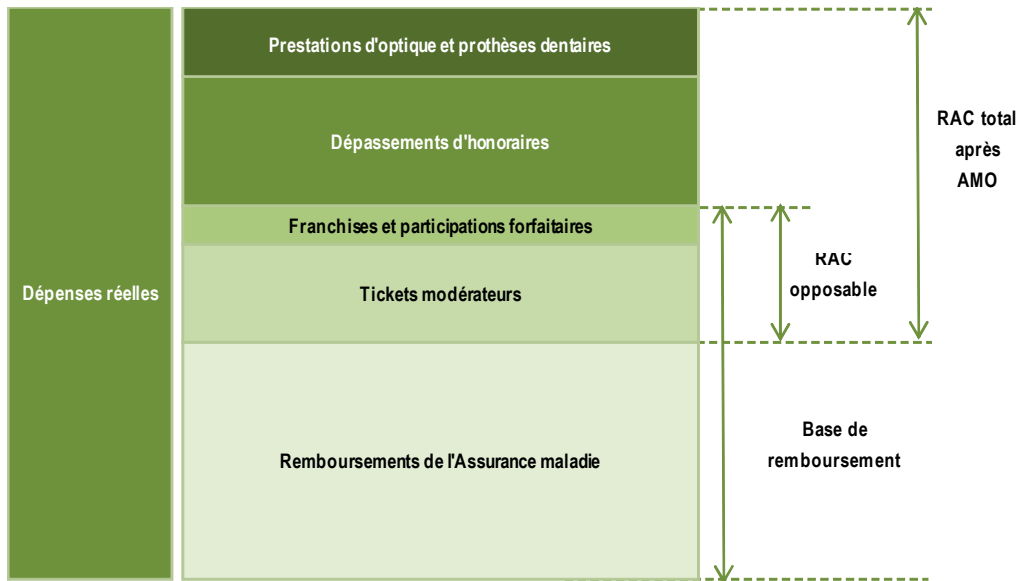
Pour permettre des comparaisons dans le temps, les dépenses ont été exprimées en euros constants 2008³. La dépense moyenne au sein de la population étudiée est de 1 538 euros en 2008 contre 2 101 euros₂₀₀₈ en 2013. Une partie de cette augmentation s'explique par le vieillissement de notre cohorte.

Le RAC après paiement par l'assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) est défini comme le montant des dépenses de santé laissé à d'autres financeurs, organismes d'assurances complémentaires et assurés. Le RAC après AMO est composé, en France, des éléments suivants : les tickets modérateurs, les participations forfaitaires et les franchises, ainsi que les RAC liés à la liberté tarifaire. Ces derniers couvrent les dépassements d'honoraires et les dépassements des tarifs de référence pour les produits ou prestations (produits d'optique, audioprothèses et prothèses dentaires principalement) non soumis à un prix limite de vente ou pour lesquels le prix limite de vente est supérieur au tarif de responsabilité (cf. *figure 1* et *annexe 1* pour une définition des différents mécanismes de participation financière des patients). Le RAC moyen augmente de 50 euros entre 2008 et 2013, passant de 430 euros₂₀₀₈ à 480 euros₂₀₀₈ (cf. *graphique 1*). Toutefois, la part du RAC dans la dépense totale diminue au sein de la cohorte passant de 28 % à 23 %. Cette baisse s'expliquerait également indirectement par le vieillissement de la cohorte.

En effet, la structure de la consommation évolue avec l'âge vers des types de soins souvent plus coûteux mais mieux couverts par l'assurance maladie obligatoire. De plus, la probabilité de souffrir d'une affection de longue durée exonérant de ticket modérateur augmente avec l'âge, ce qui entraîne de fait une meilleure prise en charge au fil des années dans la cohorte étudiée (13 % de la population bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée en 2008 contre 18 % en 2013 dans la cohorte). Pour autant, si les taux de prise en charge de la dépense de soins augmentent avec l'âge, les niveaux de restes à charge augmentent également. En effet, la hausse des taux de prise en charge ne compense pas la hausse de la dépense relative à un état de santé plus dégradé aux âges élevés.

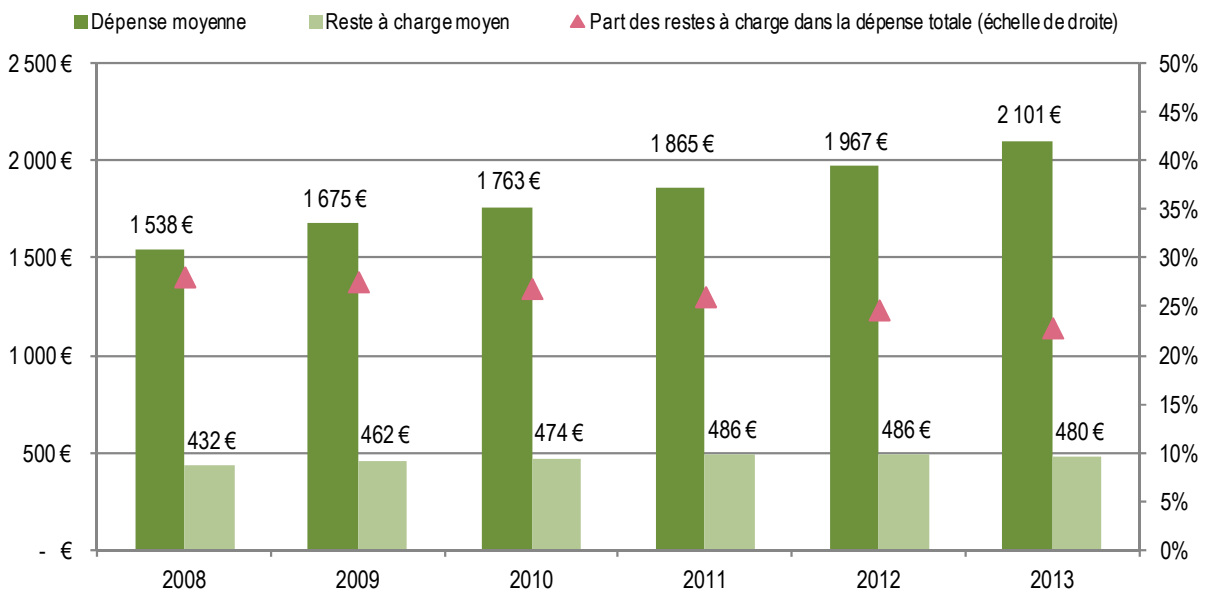
3 L'harmonisation des prix a été effectuée à partir des données d'indice des prix à la consommation annuel de l'INSEE, <http://www.bdm.insee.fr>.

Figure 1 – Définition du RAC (après AMO) et de sa décomposition



Source : HCAAM.

Graphique 1 – Dépense moyenne et RAC moyen par année au sein de la cohorte (en €2008, 2008 à 2013)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

La persistance des RAC après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

À l'aide de la cohorte créée, les RAC individuels et leurs évolutions sont analysés sur six ans, fournissant ainsi une première analyse descriptive originale sur les RAC. Comprendre ces mécanismes permet d'éclairer l'inertie des RAC, et de mesurer l'efficacité du système de remboursement afin de prévenir une récurrence de RAC élevés. Dans les parcours des assurés seront également isolées les ruptures de RAC.

Une faible inertie des RAC sauf pour certains types de soins

Un RAC élevé une année donnée est-il forcément lié à un RAC élevé l'année suivante ? Autrement formulé, l'inertie des RAC est-elle forte ? Celle-ci peut être appréhendée à travers la corrélation des niveaux de RAC sur plusieurs années. En effet, dans le cas d'une forte inertie des RAC, le coefficient de corrélation entre deux années devrait être élevé ; dans le cas contraire, faible. Pratiquement, la valeur d'un coefficient de corrélation se situe entre -1 et 1. Plus elle se rapproche de 1 en valeur absolue, plus le lien entre les variables étudiées est fort. Lorsque le coefficient de corrélation est compris entre 0 et 0,1, le lien est absent, entre 0,2 et 0,3 le lien est faible, entre 0,4 et 0,5 le lien est modéré, entre 0,6 et 0,7 le lien est fort. Au-dessus de 0,8, le lien peut être considéré comme très fort.

On constate tout d'abord une inertie globale modérée des RAC puisque le coefficient de corrélation du RAC entre deux années est d'environ 0,4. Cette corrélation est toutefois plus faible lorsqu'elle est regardée sur une plus longue période. Ainsi, le coefficient de corrélation entre le RAC de 2008 et celui de 2013 n'est que de 0,3.

ENCADRÉ 1 : LES BASES DE DONNÉES UTILISÉES POUR CONSTITUER LA COHORTE ÉTUDIÉE

Les individus ont été sélectionnés au sein de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), échantillon représentatif au 1/97 des assurés du régime général de l'assurance maladie. Les personnes appartenant à l'échantillon sont assurées auprès du régime général hors sections locales mutualistes (SLM), migrants et bénéficiaires de l'AME, soit un peu plus de 79 % de l'ensemble de la population. Ainsi, les données mobilisées ici n'intègrent pas les régimes de la MSA (Mutualité sociale agricole), du RSI (Régime social des indépendants), ainsi que les étudiants et les fonctionnaires qui sont gérés par les sections locales mutualistes (SLM). Par ailleurs, les données de RAC après assurance maladie complémentaire (AMC) ne sont pas disponibles. Les consommateurs de soins en ALD sont identifiés sans que la nature de cette (ou de ces) ALD puisse être précisée. Ces données sont celles utilisées par la HCAAM pour réaliser ses tableaux de bord financiers (HCAAM, 2013).

Afin de construire la cohorte étudiée, seuls les bénéficiaires du régime général, présents les six années successives (2008 à 2013) dans l'EGB, ont été inclus dans l'étude. Sont donc exclus les personnes affiliées à la MSA, au RSI et les étudiants affiliés à une section locale mutualiste. De plus, par définition, les personnes décédées au cours des six années ont été exclues. Par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C ont également été exclus de l'étude. En effet, ceux-ci bénéficient d'une prise en charge complète de leur RAC, les problématiques liées au RAC de ces bénéficiaires diffèrent donc de celles pour les assurés qui ne bénéficient pas de cette couverture. Par ailleurs, une étude s'est déjà intéressée au RAC des bénéficiaires de la CMU-C, montrant notamment que ceux-ci sont principalement liés à des dépenses dans les domaines de l'optique (44 %), des soins dentaires (13 %) et des consultations et visites de généralistes ou spécialistes (10 %) [Ricci, 2011]. Sur les 500 758 personnes présentes en 2008, 376 723 observations ont été retenues pour composer la cohorte. L'impact du mode de sélection des individus pour composer la cohorte est décrit dans le tableau ci-dessous.

Tableau – Statistiques descriptives générales de la cohorte et de l'ensemble des bénéficiaires du régime général en 2008 et 2013

	Cohorte		Ensemble des bénéficiaires du régime général (y compris bénéficiaires de la CMU-C)	
	2008	2013	2008	2013
Dépense totale moyenne par assuré (sur le champ de l'étude)	1 538 €	2 101 €	1 712 €	1 910 €
Reste à charge moyen	432 €	480 €	413 €	424 €
Taux moyen de reste à charge	28%	23%	24%	22%
Dépense totale médiane	586 €	679 €	550 €	567 €
Reste à charge médian	214 €	248 €	193 €	199 €
Taux médian de reste à charge				
Âge moyen	40 ans	45 ans	39 ans	39 ans
Part de personnes de plus de 60 ans	21%	28%	19%	21%
Proportion d'hommes	48%	48%	48%	48%
Proportion d'ALD	13%	19%	14%	16%
Part de personnes hospitalisées dans l'année	13%	16%	13%	15%

Source : Cohorte à partir du SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013 et SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008 SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013.

Les analyses présentées portent sur les dépenses remboursées des soins de ville, d'hospitalisation dans les secteurs publics et privé en médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (MCO), d'hospitalisation dans le secteur privé uniquement pour les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en établissements psychiatriques. En effet, les données relatives aux SSR et à la psychiatrie dans le secteur public ne sont pas disponibles. Les données concernant les soins de ville et les hospitalisations (MCO), psychiatrie et SSR en établissements de santé privés sont extraites de l'EGB. Les données concernant les hospitalisations en MCO dans les établissements de santé publics, issues du PMSI, ont été appariées aux données extraites de l'EGB. En ce qui concerne l'analyse des restes à charge, certaines limites de l'EGB peuvent expliquer des ruptures dans le parcours de reste à charge. En effet, les hospitalisations en psychiatrie, mais également les changements de régime entraînant des entrées et des sorties du système d'information ou encore les soins à l'étranger ne sont pas pris en compte, ce qui pourrait expliquer que certains patients avec de fortes dépenses aient une année des dépenses et donc des restes à charge faibles rapportés dans l'EGB.

Ce résultat est également vérifié sur certaines sous-populations susceptibles de subir des RAC élevés chaque année. Ainsi, pour les personnes qui sont en ALD les six années consécutives, le coefficient de corrélation entre leur RAC en 2008 et en 2009 s'élève à 0,4 comme pour l'ensemble de la population : il n'est donc pas plus élevé. Cette corrélation décroît d'année en année pour atteindre 0,2 entre 2008 et 2013. Pour les personnes qui ont été hospitalisées au moins une fois au cours des six années, la corrélation est également faible. Par exemple, les personnes qui ont été

hospitalisées et qui ont également été exonérées au titre d'une affection de longue durée au moins une année sur la période étudiée, le coefficient de corrélation est de 0,4 entre 2008 et 2009 et s'élève à 0,3 entre 2008 et 2013.

Si, de façon globale, le RAC présente une inertie modérée, il est en revanche très corrélé d'année en année sur certains types de soins, comme les médicaments ou les consultations de généralistes. Ainsi, le RAC issu des dépenses de médicaments présente un coefficient de corrélation entre 0,8 et 0,9, et ce, quelle que soit la population étudiée, souffrant ou non d'une affection de longue durée (cf. *graphique 2*), hospitalisée ou non. Si cette corrélation diminue d'année en année, elle reste toujours forte après six ans, puisque le coefficient de corrélation entre les niveaux de RAC en 2008 et en 2013 atteint encore 0,6 pour les personnes qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée. L'autre type de soins pour lequel les RAC présentent une certaine permanence est la consultation chez un généraliste. Le coefficient de corrélation entre deux années du RAC issu des dépenses de consultation d'un généraliste est de 0,6, et ce, là encore, quelle que soit la population étudiée. Dans les deux cas, il s'agit de types de soins pour lesquels le taux de recours annuel est élevé, les restes à charge se cumulent donc. Les habitudes de consommation de médicaments ou de visites chez son généraliste et les traitements médicamenteux sur longue période pourraient aussi constituer un élément d'explication. Ces résultats permettent également de mettre en avant des catégories de soins qui sont à l'origine de RAC récurrents ou occasionnels. Ainsi, les soins liés à un épisode aigu de maladie, comme les soins hospitaliers, entraînent des RAC élevés, certes, mais occasionnels. Au contraire, les soins liés à un état de santé dégradé pérenne, comme les traitements médicamenteux ou les consultations chez un généraliste, sont à l'origine de RAC récurrents pour une partie de la population.

À l'inverse, le RAC sur certains soins, pour lesquels les taux de recours annuels sont généralement plus faibles, comme les soins hospitaliers, présente une inertie quasi inexistante. Les soins hospitaliers qui font suite le plus souvent à un épisode aigu d'une maladie peuvent donner lieu, une année donnée, lors de l'événement, à de forts RAC mais ils ne se répètent pas ou peu : le coefficient de corrélation, faible, de 0,2 entre deux années, en témoigne. Enfin, les RAC issus de la liste des produits et prestations (LPP) ou encore des soins dentaires qui peuvent aussi entraîner de forts RAC sont très peu corrélés d'une année sur l'autre (coefficient de corrélation de 0,1 pour la liste des produits et prestations).

Graphique 2 – Coefficients de corrélation des restes à charge en 2008 et des restes à charge les années suivantes en fonction des types de soins et si l'assuré est resté en ALD sur l'ensemble de la période 2008 à 2013



Note de lecture : Le coefficient de corrélation entre les restes à charge en pharmacie en 2008 et en 2009 pour les personnes qui ne sont pas en ALD les six années s'élève à 0,86. Le coefficient de corrélation entre les restes à charge en pharmacie en 2008 et en 2013 pour les personnes qui ne sont pas en ALD les six années s'élève à 0,61.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Un assuré sur dix assume un reste à charge après AMO supérieur à 1 080 euros

Protéger les individus contre la récurrence de RAC élevés est une composante essentielle de la couverture assurantielle. Afin d'étudier le caractère protecteur de l'assurance maladie obligatoire sont analysés ici les RAC successifs des personnes exposées aux RAC les plus élevés en 2008. Leur situation perdure-t-elle ? Ou les personnes qui font face aux RAC les plus élevés se renouvellent-elles avec le temps ?

En 2008, 20 % de la population a un RAC supérieur à 685 euros et 10 % fait face à un RAC de plus de 1 080 euros (cf. *tableau 1* pour les données de 2008 à 2013). Pour ces 10 %, leur RAC moyen s'élève à 1 890 euros. Parmi eux toujours, plus d'un tiers (36 %) font encore partie des 10 % de la population exposés aux RAC les plus élevés en 2009. Le fait d'être en ALD, mais surtout d'avoir été hospitalisé, semblent expliquer la récurrence de RAC élevés qui est observée pour ces assurés. En effet, 28 % des personnes appartenant au dernier décile de RAC en 2008 et qui étaient encore dans le dernier décile en 2009 sont exonérées au titre d'une ALD en 2008 et en 2009 alors qu'ils ne représentent que 13 % de la population totale et 62 % ont été hospitalisées en 2008 ou en 2009. Ce sont également des personnes plus âgées avec une moyenne d'âge de 61 ans contre 39 ans dans le reste de la population.

Le temps passant, le nombre de personnes qui restent dans le dernier décile diminue⁴. Ainsi, seulement 6 % des personnes appartenant au dernier décile de RAC en 2008 sont situées dans le dernier décile de RAC de 2008 à 2013. Là encore, ce sont des personnes plutôt âgées (moyenne d'âge de 65 ans), souffrant d'une affection de longue durée (44 %) ou qui ont été hospitalisées (90 %). Le RAC moyen des personnes qui se placent dans le dernier décile, comme le RAC moyen sur l'ensemble de l'échantillon, augmente d'année en année. Il s'élève à 2 380 euros₂₀₀₈ en 2010, 2 540 euros₂₀₀₈ en 2011 et 2 560 euros₂₀₀₈ en 2012 et 2013, soit une augmentation de 7,6 % entre 2010 et 2013 contre 1,3 % pour le RAC moyen dans l'ensemble de la population.

Si l'on se concentre plutôt sur les 20 % des personnes exposées aux RAC les plus élevés, ou dernier quintile, la récurrence mesurée est alors plus élevée : près de la moitié sont encore dans le dernier quintile en 2009, 30 % en 2010, 23 % en 2011, 17 % en 2012 et enfin, 13 % en 2013. De façon plus générale, un tiers de la population passe au moins une fois dans le quintile le plus élevé de reste à charge (cf. *tableau 2*).

Tableau 1 – Éléments sur les distributions de reste à charge de 2008 à 2013 (en € constants 2008)

	Part de non consommant	Reste à charge					Part du reste à charge dans la dépense				
		Moyenne	Médiane	D2	D8	D9	Moyenne	Médiane	D2	D8	D9
2008	11%	432 €	214 €	34 €	685 €	1 080 €	0,41	0,4	0,28	0,55	0,66
2009	9%	462 €	232 €	44 €	725 €	1 139 €	0,42	0,4	0,28	0,57	0,68
2010	10%	474 €	238 €	42 €	745 €	1 165 €	0,42	0,41	0,28	0,57	0,69
2011	10%	486 €	249 €	43 €	762 €	1 184 €	0,42	0,41	0,27	0,58	0,7
2012	10%	486 €	251 €	41 €	764 €	1 184 €	0,42	0,41	0,25	0,59	0,7
2013	10%	480 €	248 €	40 €	756 €	1 171 €	0,41	0,41	0,24	0,59	0,7

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

Tableau 2 – Fréquence des restes à charge les plus élevés ou les plus faibles

	Proportion de la population de la cohorte	Âge moyen	Proportion de cette population en ALD au moins une fois en ALD les six années
Toujours dans le dernier décile de reste à charge	0,6%	64 ans	44,1%
4-5 fois	2,8%	62 ans	45,8%
1-3 fois	29,0%	52 ans	32,6%
Jamais	67,5%	34 ans	13,4%
Toujours dans le premier décile de reste à charge	4,1%	45 ans	0,9%
4-5 fois	2,7%	36 ans	7,1%
1-3 fois	16,4%	35 ans	10,3%
Jamais	76,8%	41 ans	23,7%

Note de lecture : 2,6 % de la cohorte sont toujours dans le dernier quintile de reste à charge de 2008 à 2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

⁴ Ce phénomène ne peut pas être la conséquence du décès des personnes appartenant au dernier décile de RAC. En effet, la cohorte ne comprend que les individus survivants les cinq premières années, c'est-à-dire entre 2008 et 2012.

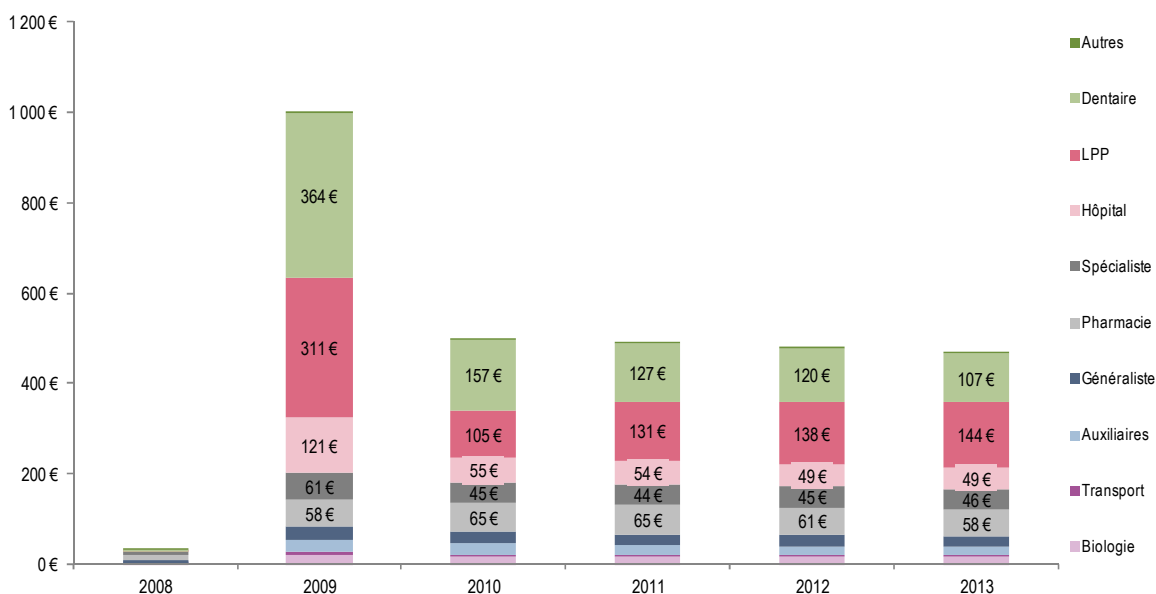
Les dépenses en soins dentaires et hospitaliers, en soins de produits de la liste des produits et prestations remboursables (LPP) expliquent les ruptures de RAC dans les parcours des assurés

Une large part de la population est exposée au moins une fois sur la période à un RAC très élevé : un tiers de la cohorte a en effet été au moins une fois dans le dernier décile de RAC. 18 % l'ont été une seule année, 8 % deux années consécutives ou non, 4 % trois années, 2 % quatre années, et 1 % cinq années.

Quels types de dépenses entraînent un choc sur les RAC ? Afin de caractériser et d'analyser ces ruptures de RAC dans les parcours des assurés sont sélectionnées les personnes qui appartiennent aux trois premiers déciles de RAC en 2008 mais aux trois derniers en 2009 : elles présentent donc un RAC parmi les plus faibles en 2008 mais parmi les plus élevés en 2009. Il convient de garder à l'esprit que cette rupture et notamment le fait d'appartenir aux premiers déciles de RAC peuvent être dues à des caractéristiques du système d'information permettant de renseigner l'EGB. Ainsi, les hospitalisations en psychiatrie, mais également le changement de régime entraînant l'arrivée dans le système d'information ou encore les soins à l'étranger ne sont pas pris en compte et peuvent expliquer que certains patients avec de fortes dépenses aient une année des dépenses faibles mesurées dans l'EGB. Ces analyses sont tout de même présentées afin de donner le plus large panorama possible des analyses qui peuvent être réalisées à partir de ces données, mais il conviendra d'approfondir cette étude exploratoire afin de préciser les résultats présentés.

Les personnes qui font partie des trois premiers déciles de RAC en 2008 mais aux trois derniers en 2009 concerne 9 124 individus, soit 2,5 % de notre cohorte⁵. Précisément, pour ces assurés, leur dépense non couverte par l'assurance maladie augmente de 965 euros₂₀₀₈ en moyenne : leur RAC passe en moyenne de 35 euros₂₀₀₈ en 2008 à 1 000 euros₂₀₀₈ en 2009 (cf. graphique 3). Ces personnes sont ensuite stratifiées en fonction des soins reçus, afin de déterminer lesquels sont à l'origine de la forte augmentation de leur RAC entre 2008 et 2009. Il ressort que trois types de soins expliquent plus de 80 % de cette augmentation : les soins dentaires, les dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations et les soins hospitaliers. Un quart des personnes sélectionnées ont en effet été hospitalisées en 2009, contre 14 % dans l'ensemble de la population. Elles sont par ailleurs plus âgées (42 ans en moyenne contre 39 ans dans l'ensemble de la population). L'augmentation de leur RAC est néanmoins plus forte lorsqu'elle est associée à une dépense importante en soins dentaires ou hospitaliers, mais la persistance est plus marquée les années suivantes lorsqu'elle est due à une forte consommation de dispositifs médicaux. Ainsi, entre 2008 et 2009, pour ces individus, le RAC moyen pour les soins dentaires passe de 5 euros₂₀₀₈ à 365 euros₂₀₀₈, de 1 euro₂₀₀₈ à 311 euros₂₀₀₈ pour les produits de la liste des produits et prestations et de 1 euro₂₀₀₈ à 121 euros₂₀₀₈ pour les soins hospitaliers. Les années suivantes, le RAC moyen de ces individus s'établit à un niveau moins élevé que l'année de rupture (2009) mais reste bien plus élevé qu'en 2008. Le RAC moyen observé ensuite s'élève en effet à environ 500 euros₂₀₀₈ de 2010 à 2013. La diminution observée en 2010 est due à une réduction en moyenne des dépenses en dentaire de -56 %, en LPP de -66 % et hospitalières de -55 %.

Graphique 3 – RAC moyen par type de soins par année pour les assurés qui appartiennent aux trois premiers déciles de RAC en 2008 et aux trois derniers en 2009



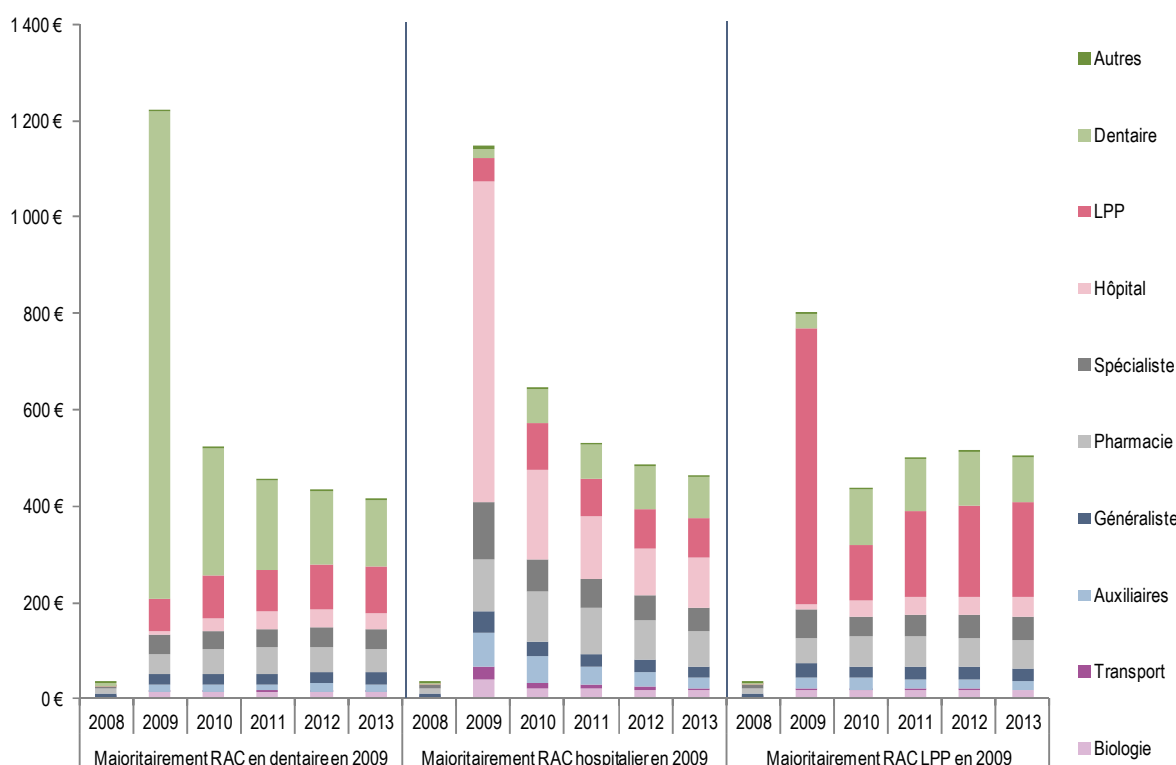
Note de lecture : Pour les personnes qui appartenait aux trois premiers déciles de RAC en 2008 et aux trois derniers déciles de RAC en 2009, le RAC moyen pour les soins dentaires s'élevait en 2009 à 364 euros, pour la LPP à 311 euros, pour les soins hospitaliers à 121 euros...

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

⁵ Une analyse menée pour les années 2010 à 2013 donne des résultats équivalents.

À titre illustratif, si l'on se concentre sur les seules personnes dont le RAC augmente fortement entre 2008 et 2009 à cause de soins dentaires, celles-ci font face à un RAC moyen de 1 220 euros. Celles pour qui les soins hospitaliers sont en cause ont un RAC de 1 150 euros. Lorsque le RAC élevé est dû à une dépense en produits de LPP, celui-ci est moindre mais s'élève en moyenne à 800 euros en 2009. Pour les assurés dont le RAC provient essentiellement de soins hospitaliers, les autres postes de soins, tels que les soins de spécialistes, les médicaments, les auxiliaires médicaux, participent également à la forte hausse du RAC, signe d'un état de santé dégradé. Pour les autres assurés, le RAC provient essentiellement du poste considéré, dentaire ou LPP, même si les RAC relatifs aux autres postes augmentent également. Ce dernier point mériterait d'être approfondi dans des recherches futures car une forte dépense en soins dentaires ou en produits de LPP ne préjuge pas forcément d'un état général de santé dégradé expliquant une hausse pour l'ensemble des postes. Ce constat pourrait être lié aux limites du système d'information présentées précédemment. Enfin, les années suivant cette rupture, le RAC diminue progressivement en moyenne pour les assurés dont la majeure partie du RAC s'explique par une hausse des dépenses pour des soins dentaires et hospitaliers.

Graphique 4 – RAC moyen par type de soins par année pour les assurés qui appartiennent aux trois premiers déciles de RAC en 2008 et aux trois derniers en 2009 selon les principaux types de soins composant le RAC



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

L'existence d'une certaine persistance des RAC qui se dégage des résultats des différentes analyses réalisées jusqu'à présent incite à s'intéresser maintenant à l'aspect cumulatif de ces RAC afin notamment de mieux caractériser les populations les plus exposées à des RAC importants dans le temps ainsi que le risque financier encouru.

Les RAC cumulés après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : concentration, montants et composition

L'hospitalisation double le reste à charge des assurés qu'ils soient ou non en ALD

Dans la lignée des dernières analyses publiées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, on distingue, dans cette partie de l'analyse, quatre catégories de patients présentant des particularités en termes de RAC liées à leurs caractéristiques ainsi qu'au niveau et au type de dépenses engagées (HCAAM, 2013)⁶ :

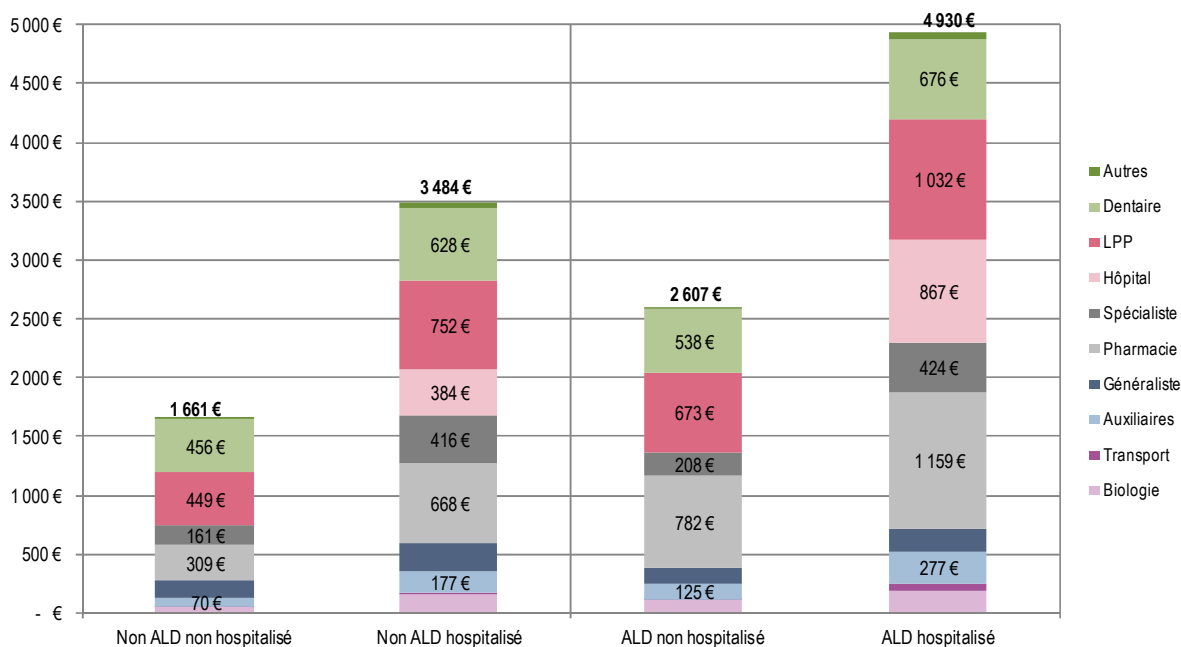
- ceux ayant une maladie chronique avec une prise en charge ALD, qui ont subi une hospitalisation au cours de la période étudiée (16 % de la cohorte, âge moyen en 2008 : 61 ans) ;

⁶ Une analyse selon l'âge est également présentée sous forme de graphique en annexe 2.

- ceux ayant une maladie chronique avec une prise en charge ALD mais qui n'ont pas été hospitalisés (4 % de la cohorte, âge moyen en 2008 : 55 ans) ;
- les assurés qui ont eu un problème de santé ayant nécessité une hospitalisation sans prise en charge ALD (33 % de la cohorte, âge moyen en 2008 : 39 ans) ;
- les assurés qui n'appartiennent à aucune de ces trois catégories. Ces consommateurs « non ALD, non hospitalisés » représentent 47 % de la cohorte et ont un âge moyen en 2008 de 33 ans.

Le statut d'ALD est un dispositif central de notre système de santé visant à écrêter les RAC sur les personnes les plus malades. Les personnes en ALD sont en effet confrontées à des RAC plus élevés que ceux observés pour les personnes sans ALD, qu'elles aient eu ou non une hospitalisation sur la période (cf. *graphique 5*). En cas d'hospitalisation, les RAC des personnes en ALD sont supérieurs de 42 % à ceux des personnes sans ALD. Cet écart est encore plus fort chez les personnes n'ayant pas été hospitalisées : les RAC des personnes en ALD sont, dans ce cas, plus élevés de 57 %. L'analyse de la structure des RAC par poste de dépenses montre le poids important de la pharmacie dans les RAC pour les personnes en ALD, en particulier pour celles qui n'ont pas été hospitalisées. Cela s'explique par la consommation importante, parmi les personnes en ALD, de médicaments qui n'entrent pas dans le champ de l'exonération de ticket modérateur.

Graphique 5 – RAC cumulé par type de population et type de soins (en €2008, 2008-2013)



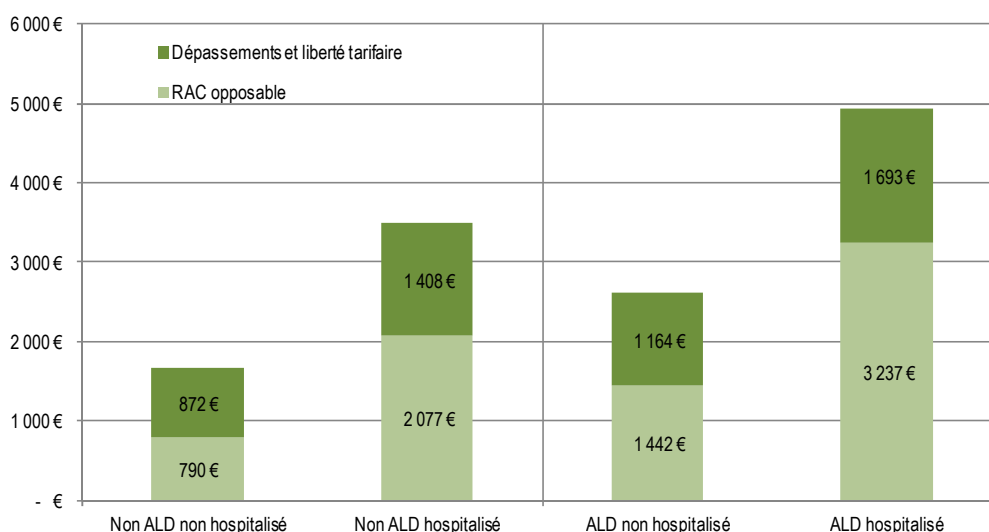
Note de lecture : Le RAC cumulé moyen sur la période 2008-2013 pour un assuré qui n'a pas été hospitalisé ou qui n'a pas bénéficié d'une exonération au titre d'une ALD durant les six années s'élève à 1 661 euros. Pour ces assurés, le RAC moyen en pharmacie atteint 309 euros, en LPP 449 euros et en dentaire 456 euros.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

L'analyse en termes de nature de RAC (RAC opposable *versus* RAC résultant de la liberté tarifaire tels que définis dans le *graphique 1*) montre que, parmi les personnes en ALD, la liberté tarifaire et les dépassements représentent 44 % des RAC pour celles n'ayant pas été hospitalisées contre 34 % pour celles l'ayant été (cf. *graphique 6*). Ces pourcentages sont plus élevés pour les personnes sans ALD⁷, ce qui peut s'expliquer soit par un effet de structure de la consommation de soins (en lien avec le poids important des dépenses de pharmacie, non soumises à la liberté tarifaire, pour les personnes en ALD), soit par des stratégies de demande (comme un moindre recours à des spécialistes de secteur 2 ou à des soins soumis à la liberté tarifaire pour les personnes en ALD qui, en raison de leur état de santé, sont exposées à des dépenses de soins plus élevées).

⁷ Avec respectivement 52 % pour les non-hospitalisées, et 40 % pour les hospitalisées.

Graphique 6 – RAC cumulé par type de population et type de RAC, opposable ou lié à la liberté tarifaire (en €2008, 2008-2013)

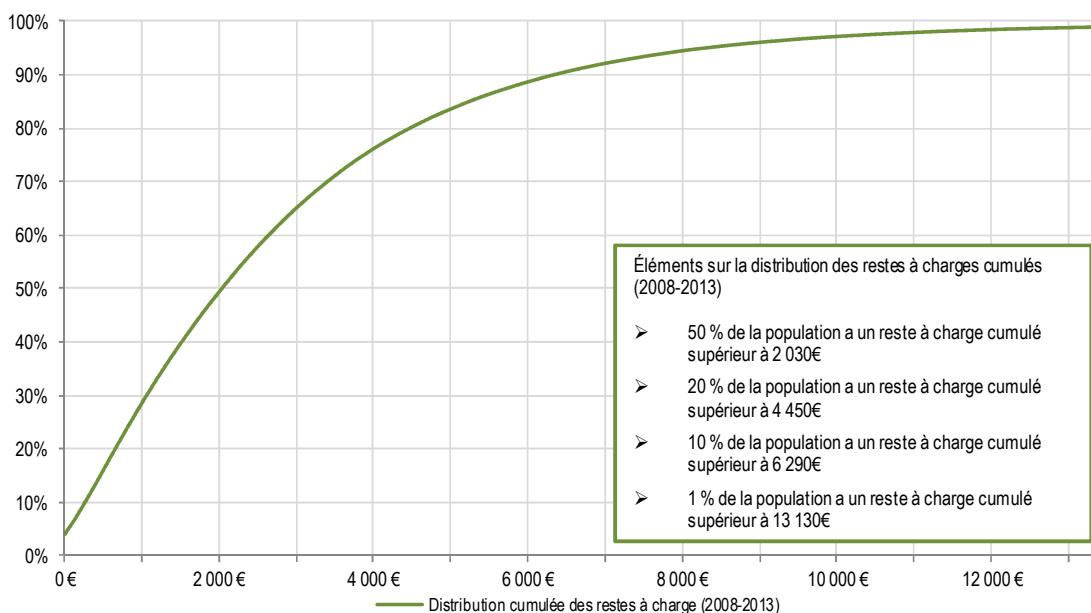


Note de lecture : Le RAC cumulé opposable moyen sur la période 2008-2013 pour un assuré qui n'a pas été hospitalisé ou qui n'a pas bénéficié d'une exonération au titre d'une ALD durant les six années s'élève à 790 euros contre 872 euros pour le RAC cumulé moyen issu de la liberté tarifaire.
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

De 2008 à 2013, un assuré sur dix fait face à un reste à charge après AMO supérieur à 9 100 euros

Afin d'avoir une approche plus globale sur la période des montants cumulés restant à la charge des assurés, les restes à charge annuels de chaque individu de 2008 à 2013 sont sommés. Ainsi, sur la période 2008-2013, 50 % de la population supporte un RAC cumulé supérieur à 2 030 euros (cf. graphique 7), 10 % un RAC cumulé supérieur à 6 290 euros et 1 % un RAC cumulé supérieur à 13 130 euros. Ces montants illustrent la forte concentration de RAC très élevés sur un petit nombre de personnes.

Graphique 7 – Distribution cumulée des RAC (en €2008, 2008-2013)



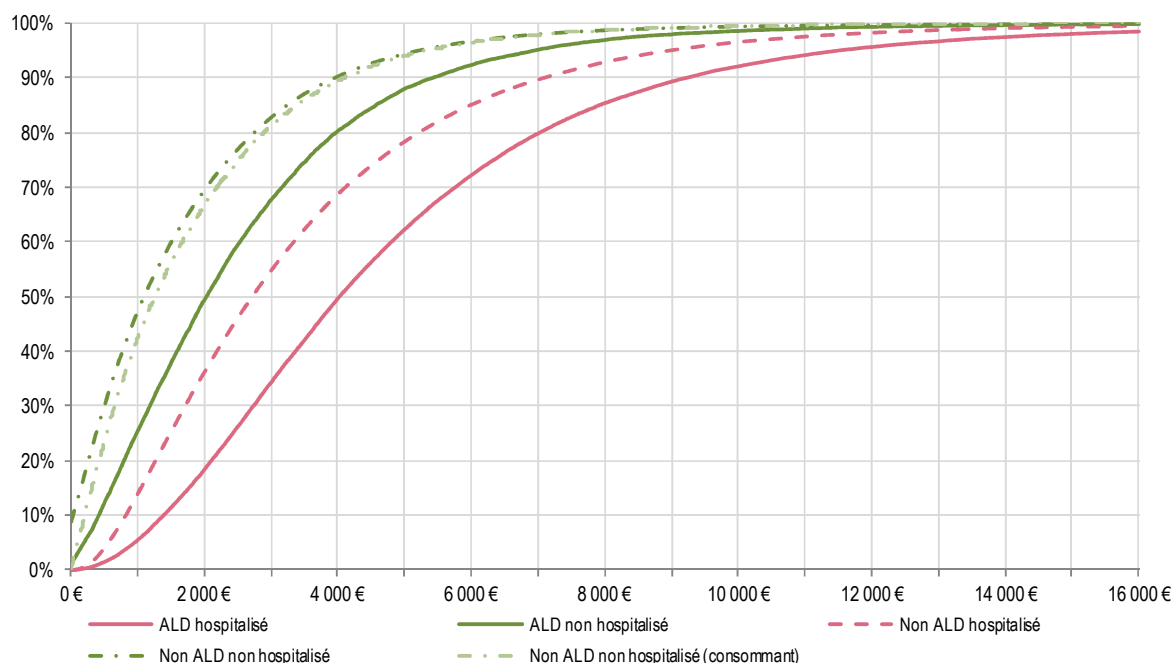
Note de lecture : La distribution cumulée donne, pour chaque valeur possible du RAC cumulé, le pourcentage de personnes ayant un RAC cumulé inférieur à cette valeur. Par exemple, 80 % de la population ont un RAC inférieur à 4 450 euros, ce qui implique que 20 % de la population supporte des RAC supérieurs à 4 450 euros.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Une très large part des personnes qui ne souffrent pas d'une ALD font face à des RAC de très faible montant : par exemple, près de la moitié d'entre elles, lorsqu'elles n'ont pas été hospitalisées, ont un RAC cumulé sur les six ans inférieurs à 1 000 euros. C'est le cas de seulement un quart des personnes en ALD non hospitalisées. Les personnes qui ne sont pas en ALD se concentrent donc autour de montants faibles de RAC, à l'inverse des personnes en ALD qui souffrent toutes de maladie(s) entraînant des consommations de soins importantes. Parmi les personnes en ALD

hospitalisées, 10 % font face à un RAC cumulé supérieur à 9 100 euros, seules 5 % des personnes qui ne sont pas en ALD mais qui sont hospitalisées sont concernées par de tels niveaux de RAC. La même analyse menée selon l'âge montre qu'une très large part des personnes qui ont entre 20 et 60 ans font face à des RAC d'un faible montant comparées aux personnes âgées de plus de 60 ans. Ainsi, 50 % des personnes de 20 à 60 ans ont un RAC cumulé inférieur à 2 000 euros²⁰⁰⁸, contre seulement 25 % des personnes de plus de 60 ans (cf. *annexe 2, graphique A4*).

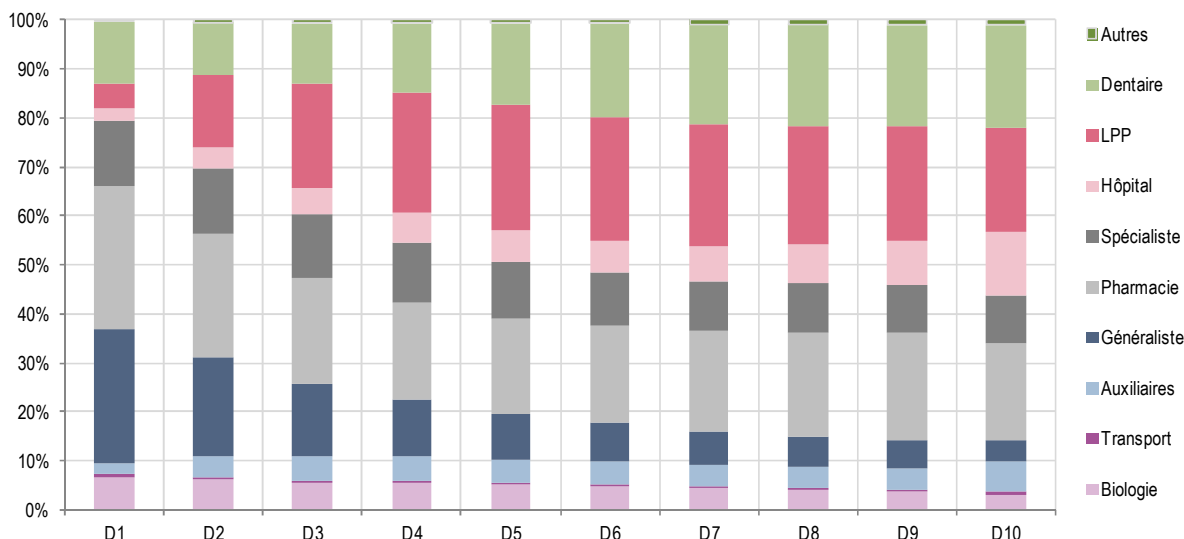
Graphique 8 – Distribution cumulée des RAC par type de population (en €2008, 2008-2013)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Deux raisons peuvent expliquer le niveau très élevé de certains RAC : des consommations de soins importantes ou une part importante de consommations de soins sur des postes pour lesquels la part prise en charge par l'AMO est plus faible. L'analyse de la répartition des RAC cumulés par type de soins et par décile tend à confirmer cette dernière explication (cf. *graphique 9*). En effet, l'augmentation avec les déciles de RAC de la part des postes dentaire et LPP (postes à RAC élevés, exposés à la liberté tarifaire) combinée à la diminution du poste généraliste (à faible RAC en raison de la très forte proportion de médecins généralistes en secteur 1) suggère que les personnes confrontées à des RAC élevés ont une structure de consommations déformée au profit de consommations sur des postes exposés à des RAC élevés.

Graphique 9 – Répartition des RAC cumulés par type de soins par décile de RAC



Note de lecture : Parmi les assurés qui appartiennent au dernier décile de RAC (D10, 10 % des personnes avec les RAC les plus élevés), 13 % de ce RAC sont issus de soins hospitaliers, 21 % de la LPP, 21 % du dentaire, 20 % de la pharmacie.

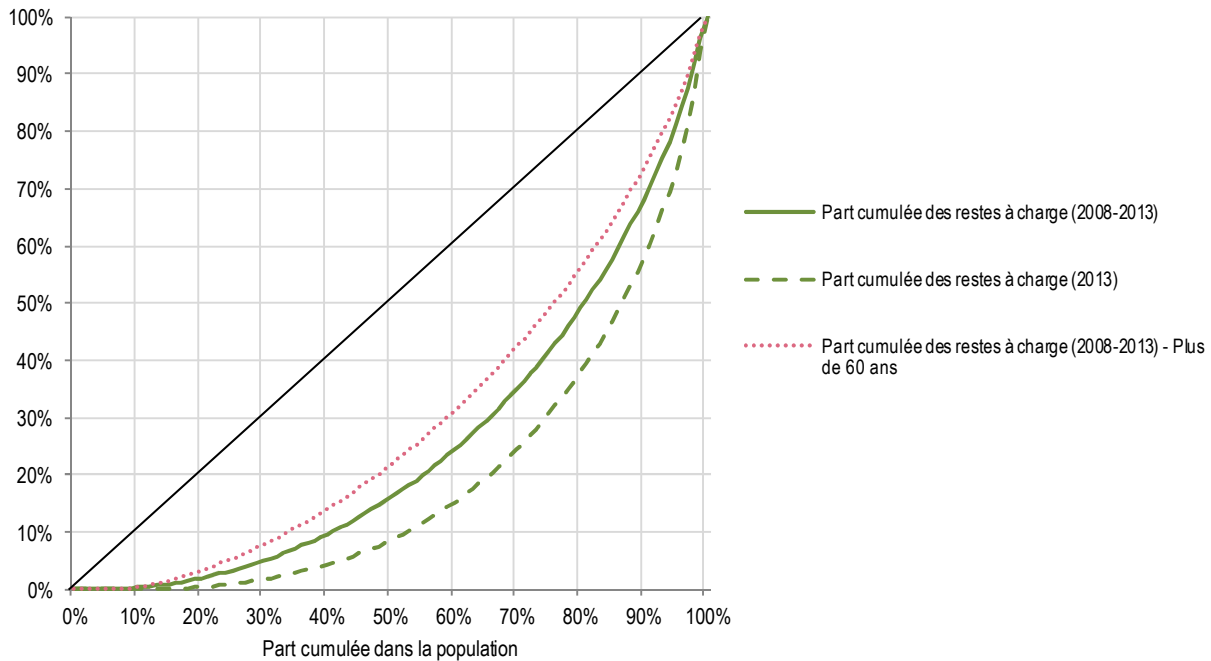
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

Les 5 % de la population les plus touchés concentrent 20 % du montant total des RAC cumulés de la population. La concentration des RAC permet d'étudier les inégalités de répartition du RAC après AMO dans la population. Celle-ci est étudiée à l'aide de l'indice (ou coefficient) de Gini, indicateur synthétique, habituellement utilisé pour mesurer les inégalités de revenus. Il varie entre 0 et 1. Pour un niveau de RAC total donné au sein d'une population, il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où tous les assurés feraient face à des RAC strictement égaux correspondant au RAC moyen par tête. À l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où tous les RAC seraient nuls pour tous les individus sauf un qui supporterait un RAC égal au montant total donné. Entre 0 et 1, l'inégalité, c'est-à-dire la concentration des RAC élevés parmi un faible pourcentage de la population, est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé.

Les RAC cumulés sont inégalement répartis au sein de la population (cf. graphique 10). Ainsi, les 10 % de la population qui subissent les plus forts RAC cumulés sur la période 2008-2013 concentrent 32 % du total des RAC cumulés par l'ensemble de la population. Les 5 % de la population qui subissent les plus forts RAC en concentrent 20 %, et les 1 % de la population en concentrent 4 %. L'indice de Gini reflète cette inégale répartition des RAC. En effet, celui-ci s'élève à 0,5 pour les RAC cumulés sur six années.

L'inégale répartition des RAC diminue avec le temps (cf. graphique 10). Les données disponibles permettent de comparer la concentration des RAC une année donnée et sur l'ensemble de la période. Cette comparaison permet notamment de déterminer s'il existe un roulement au sein de la population concentrant les plus forts RAC permettant de limiter *in fine* le niveau de RAC supporté dans le temps. Lorsque l'on compare la courbe de concentration des RAC en 2013 et celle des RAC cumulés sur la période 2008-2013, il apparaît clairement que la répartition du RAC cumulé est moins inégalitaire que celle obtenue pour une année donnée. Ainsi, l'indice de Gini pour la répartition des RAC en 2013 s'élève à 0,6 (à titre de comparaison, l'indice de Gini pour les revenus n'est que de 0,3) *versus* 0,5 sur la période 2008-2013 ; et 10 % de la population concentrent 42 % des RAC contre 32 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013. Cela est cohérent avec la diminution dans le temps de la corrélation des RAC constatée précédemment. Une analyse de la courbe de concentration des RAC cumulés pour les plus de 60 ans montre enfin que la concentration des RAC cumulés diminue avec l'âge. Par exemple, parmi les plus de 60 ans, 10 % de la population concentrent 26 % des RAC cumulés (cf. annexe 3) et l'indice de Gini s'élève seulement à 0,4.

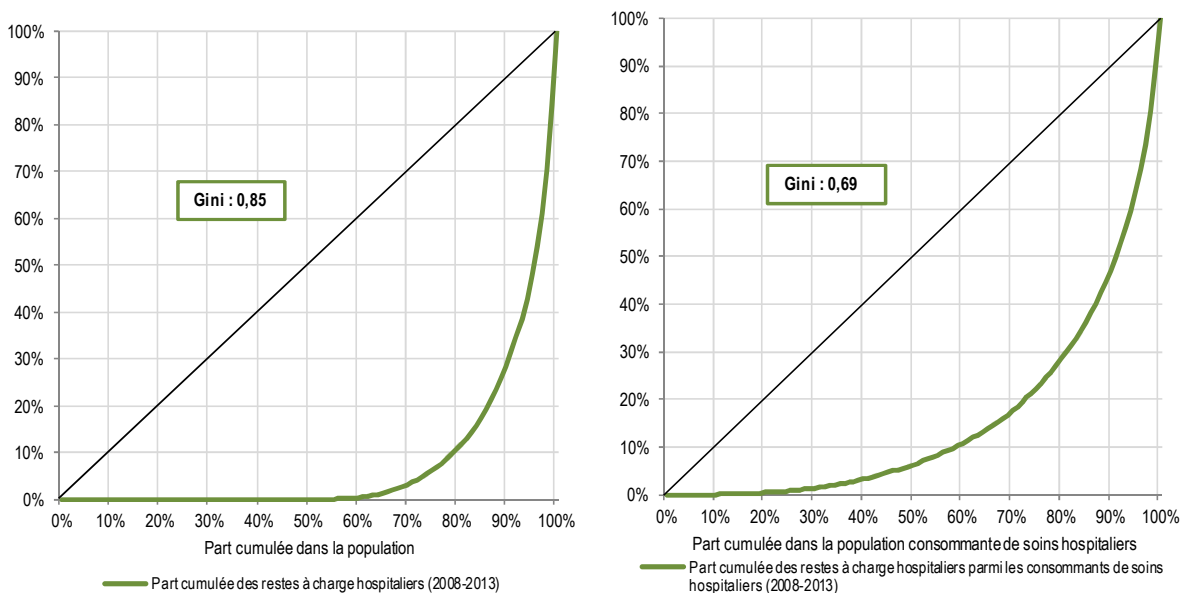
Graphique 10 – Courbe de concentration des RAC en 2013 et des RAC cumulés (2008-2013)



Note de lecture : Les 10 % de la population qui supportent les plus forts RAC respectivement en 2013 et sur la période 2008-2013 versent respectivement 42 % des RAC en 2013 et 32 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013.
 Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

La concentration des RAC cumulés varie fortement selon les types de soins considérés. Si l'indice de Gini est de 0,5 pour les soins généralistes, il atteint 0,95 pour les RAC liés aux transports sanitaires (0,73 si on se concentre uniquement sur les consommateurs). La concentration des RAC s'avère également particulièrement importante pour les soins hospitaliers (cf. *graphique 11*). Ainsi, 10 % de la population concentrent 72 % des RAC hospitaliers et l'indice de Gini s'élève à 0,85 pour les RAC liés à ce type de soins. Le haut niveau de concentration des RAC hospitaliers peut en partie s'expliquer par le fait que peu d'assurés ont recours à ce type de soins. Pour autant, même en se focalisant sur la population ayant consommé des soins hospitaliers, l'inégale répartition des RAC reste importante. Ainsi, pour les soins hospitaliers, 10 % de cette sous-population concentrent 53 % des RAC cumulés hospitaliers, 5 % accumulent 36 % de ces RAC et les 1 % de personnes avec les plus forts RAC hospitaliers supportent 10 % des RAC cumulés hospitaliers. L'indice de Gini, s'il diminue, reste cependant élevé et atteint 0,69.

Graphique 11 – Courbe de concentration des RAC cumulés hospitaliers (2008-2013), ensemble de la population et population consommante



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Les mécanismes de participation financière : quelle solidarité instaurée par l'assurance maladie obligatoire ?

Un RAC globalement croissant avec la dépense, mais un lien atténué par les mécanismes d'exonération de participations financières

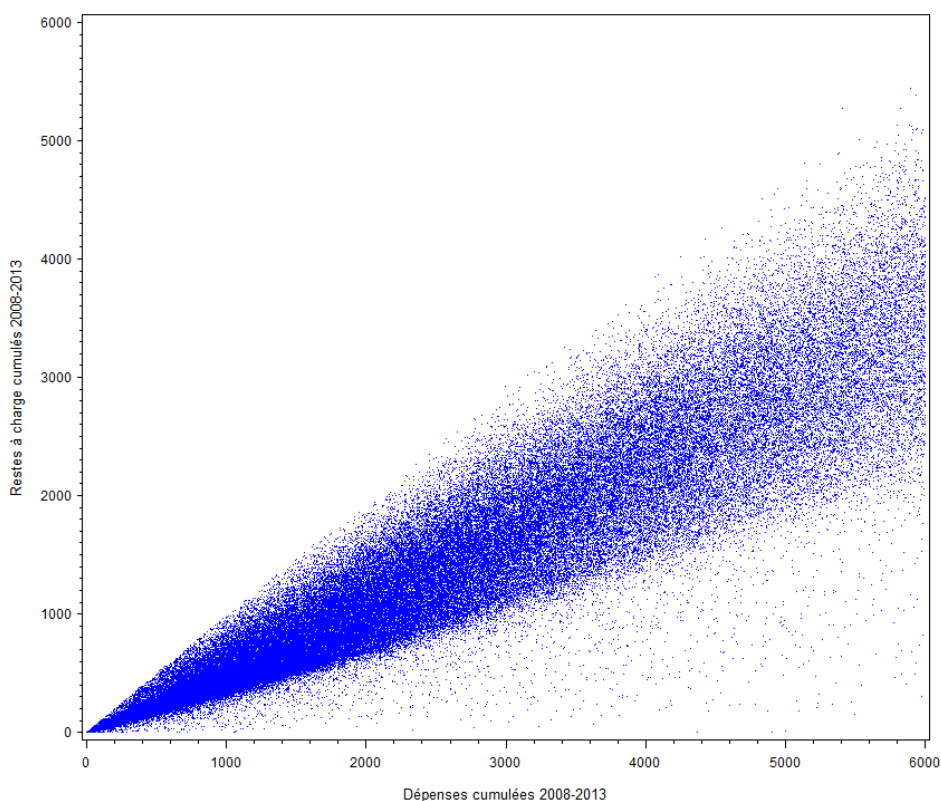
Les modalités de la participation financière en France, dans le régime de droit commun, impliquent globalement une relation positive croissante entre les dépenses et le RAC après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (cf. *graphique 12*). En effet, le ticket modérateur, principale participation financière des patients, est proportionnel à la dépense remboursable (cf. *figure 1*). Ainsi, plus la dépense remboursable est élevée, plus le RAC augmente. Par ailleurs, les nouvelles participations financières telles que la participation forfaitaire de 1 euro introduite en 2005 sur les consultations et les examens de radiologie ou de biologie et les franchises médicales mises en place en 2008 sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, suivent la même logique. En effet, même si elles ne sont pas proportionnelles à la dépense, elles augmentent avec la consommation de soins. Par exemple, plus un assuré consulte son médecin, plus la participation financière qu'il doit acquitter est élevée, même si les plafonnements⁸ de ces deux participations financières limitent leur impact.

Certains systèmes d'assurance santé à l'étranger ont tenté de limiter la proportionnalité entre le RAC et le niveau de dépense en utilisant deux mécanismes principaux de participation financière du patient au sein du système de remboursement. Le premier mécanisme est une franchise globale à la base en deçà de laquelle il n'y a pas de prise en charge, et au-delà de laquelle la prise en charge par l'assurance maladie est intégrale. C'est le mécanisme mis en place aux Pays-Bas où le montant de la franchise a été fixé à 375 euros en 2014. Ainsi, la majorité des assurés doivent financer les premiers 375 euros de dépenses⁹. Ensuite, l'assurance publique prend entièrement à sa charge les dépenses de santé. Ce mécanisme permet de limiter l'impact du niveau de dépense sur le RAC, mais également de mutualiser sur un plus grand nombre de personnes ayant des dépenses de santé assez faibles le RAC total au sein de la population. Le deuxième mécanisme permet, quant à lui, de décorrélérer automatiquement le niveau de RAC du niveau de dépenses pour des assurés devant faire face à des dépenses élevées. Ce mécanisme est le plafonnement du RAC annuel auquel un individu peut faire face. Ce plafonnement, qui peut être parfois modulé en fonction du revenu et qui s'applique soit sur toute la dépense, soit sur certains soins, a été mis en œuvre dans certains pays européens comme l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Suède. Lorsque ce plafonnement est en vigueur, l'assuré ne s'acquitte plus des RAC issus de ses dépenses au-delà d'un certain niveau de dépense ou de RAC.

8 Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné, comme pour la franchise médicale, à 50 euros par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par personne.

9 Les assurés peuvent opter pour une franchise de 500 euros en échange d'une réduction du montant de la prime d'assurances.

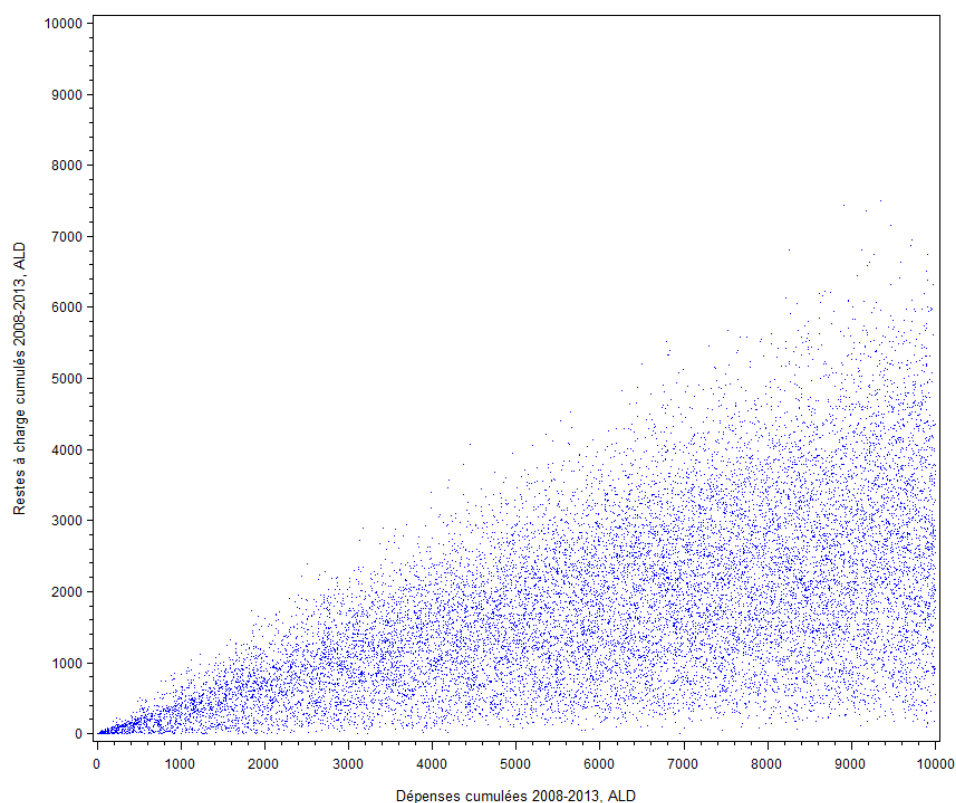
Graphique 12 – RAC cumulés sur la période 2008 à 2013 selon la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui ne bénéficient pas d’une exonération au titre d’une affection de longue durée au moins une année, entre 2008 et 2013, ou qui n’ont pas été hospitalisés entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

En France, comme dans d’autres pays européens, la proportionnalité entre le niveau de dépense et le niveau de RAC est limitée grâce aux mécanismes d’exonération de participations financières. Ces exonérations ciblées sur des types d’actes ou sur des catégories spécifiques de personnes sont justifiées soit par le coût de la prestation (hospitalisations longues, médicaments onéreux...), soit par des considérations de santé publique ou de politique sociale (dépistages, consultations de prévention destinées aux mineurs...), soit encore par la situation du bénéficiaire (souffrant d’une affection de longue durée, invalides, femmes enceintes, nouveau-nés...). Elles permettent très clairement de limiter la corrélation entre le niveau de dépense et de RAC (cf. *graphique 13* pour les personnes exonérées notamment au titre d’une affection de longue durée). Ainsi, dans cette étude, le coefficient de corrélation entre le niveau de dépense et de RAC s’élève à 0,9 pour les assurés qui, durant les six années observées, n’ont pas été hospitalisés ou n’ont pas bénéficié au moins une année d’une exonération au titre d’une affection de longue durée. Si on se concentre sur les assurés qui, eux, ont bénéficié au moins une année d’une exonération au titre d’une affection de longue durée, le coefficient de corrélation chute à 0,4, signe de cette limitation de la proportionnalité des RAC à la dépense engagée.

Graphique 13 – RAC cumulés sur la période 2008 à 2013 en fonction de la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



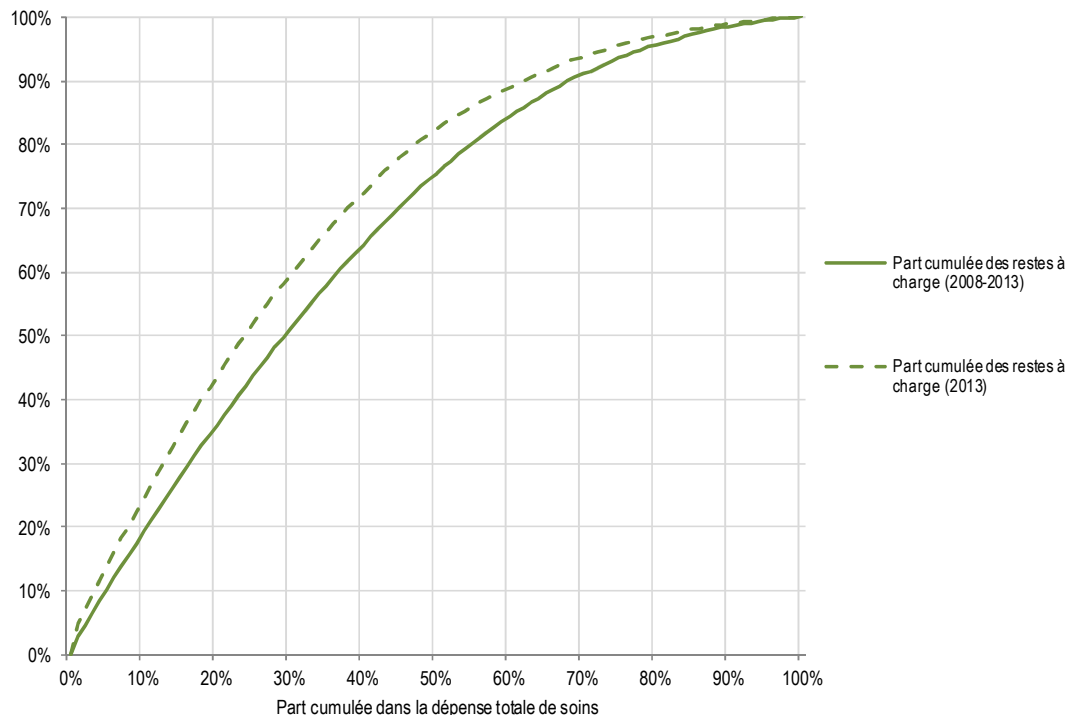
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Un reste à charge après AMO moins concentré que la dépense de santé

Si la concentration des RAC a souvent été mise en regard de la concentration des revenus (Lachaud-Fiume *et al*, 1998 ; Geoffard et Lagasnerie, 2013) ou de la répartition dans la population, la concentration des RAC peut être également mise en regard des dépenses engagées par l'individu. Cela permet d'étudier la répartition des RAC en fonction de la répartition des dépenses. Cet indicateur permet de répondre à la question : comment sont répartis les RAC en fonction des dépenses engagées ? Un système de remboursement qui souhaiterait instaurer une solidarité en fonction du niveau de dépenses, et donc *a priori* de l'état de santé, devrait alors permettre de concentrer une plus forte part du RAC sur ceux qui consomment le moins. À noter qu'il convient, pour analyser correctement les résultats de cet indicateur, de garder à l'esprit que les dépenses de soins sont fortement concentrées. Ainsi, dans l'ensemble de la cohorte, entre 2008 et 2013, 10 % de la population concentrent 48 % des dépenses cumulées et 1 % de la population en concentre 10 % (pour plus de détails sur la concentration des dépenses cumulées se référer à l'*annexe 3*).

L'assurance maladie obligatoire instaure une solidarité significative au sein de la population concernant la prise en charge de leurs dépenses de soins (cf. *graphique 14*). Les RAC sont distribués de façon inégale au profit de ceux qui ont les dépenses les plus élevées. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés ayant les plus faibles dépenses, qui constituent 50 % de la dépense totale, concentrent 76 % des RAC cumulés et représentent presque 90 % de la population. À l'inverse, les assurés avec les plus fortes dépenses, qui concentrent la moitié des dépenses restantes, supportent seulement 24 % du total des RAC, ils représentent un peu plus de 10 % de l'ensemble des assurés étudiés. La forte concentration de la dépense de soins implique que le RAC reste inégalement réparti dans la population, mais le système de participation financière réduit toutefois cette inégalité en instaurant une redistribution des restes à charge élevés vers les assurés qui dépensent le moins. Cet effet est moins important lorsque l'on se focalise sur les RAC cumulés que lorsque l'on étudie les RAC sur une seule année. En effet, en 2013, les assurés avec la plus faible dépense de soins, qui représentent 50 % de la dépense totale, concentrent 82 % des RAC.

Graphique 14 – Courbe de concentration des RAC en 2013 et des RAC cumulés (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins

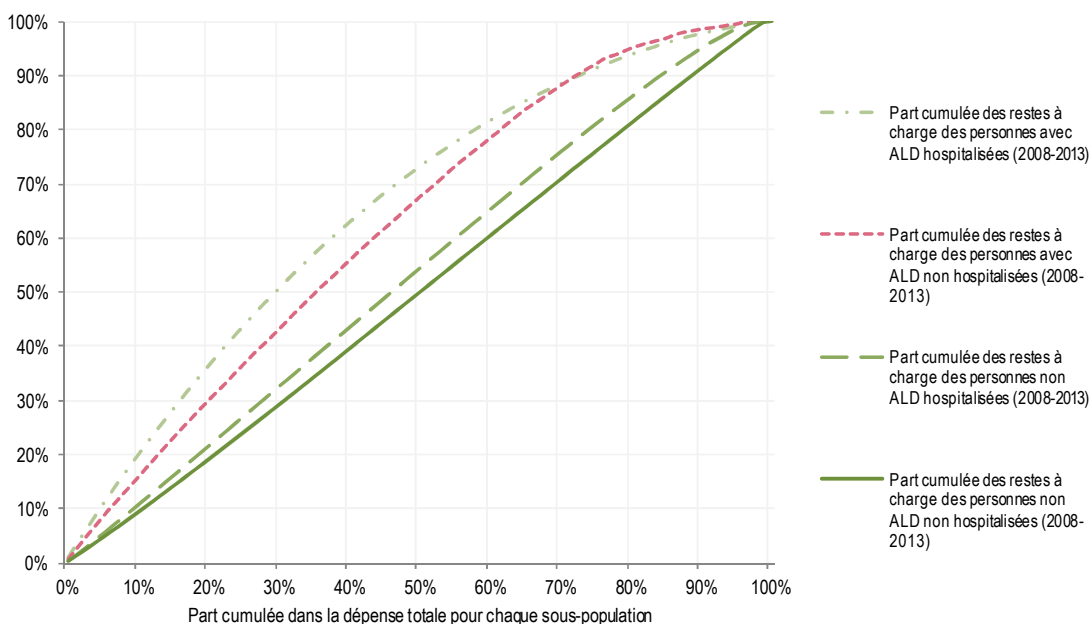


Note de lecture : Les personnes qui supportent les 20 % de la dépense la plus élevée respectivement en 2013 et sur la période 2008-2013 concentrent respectivement 3 % des RAC en 2013 et 5 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Lorsqu'on étudie la concentration des RAC en fonction des dépenses engagées sur les quatre sous-populations d'intérêt précédentes (croisement entre personnes hospitalisées/non hospitalisées et personnes en ALD ou non), on constate que l'assurance maladie obligatoire opère bien une redistribution au sein des sous-populations souffrant d'une affection de longue durée ou ayant été hospitalisées (cf. *graphique 15*). En revanche, le système n'induit pas de solidarité pour les assurés qui ne présentent aucune des deux caractéristiques : elles sont *a priori* en meilleure santé. Ce constat signifie par exemple qu'au sein de la population hospitalisée, les RAC sont concentrés sur les personnes qui dépensent le moins lorsqu'elles sont hospitalisées. Le constat est identique sur la population souffrant d'une affection de longue durée. Ainsi, sur la population qui est exonérée au titre d'une ALD et qui a été hospitalisée au cours des six années, la solidarité au sein de cette population est très importante. En effet, les assurés dont les dépenses sont les plus faibles et qui représentent 50 % de la dépense totale au sein de cette population concentrent 73 % des RAC cumulés. À l'inverse, parmi les assurés qui ne bénéficient pas d'une exonération au titre d'une ALD et qui n'ont pas été hospitalisés au cours des six années, la part de leurs RAC dans le RAC total cumulé est équivalente à la part de leurs dépenses dans la dépense totale : les assurés qui dépensent 50 % de la dépense totale au sein de cette population supportent 50 % du RAC cumulé.

Graphique 15 – Courbe de concentration des RAC cumulés (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins par sous-population

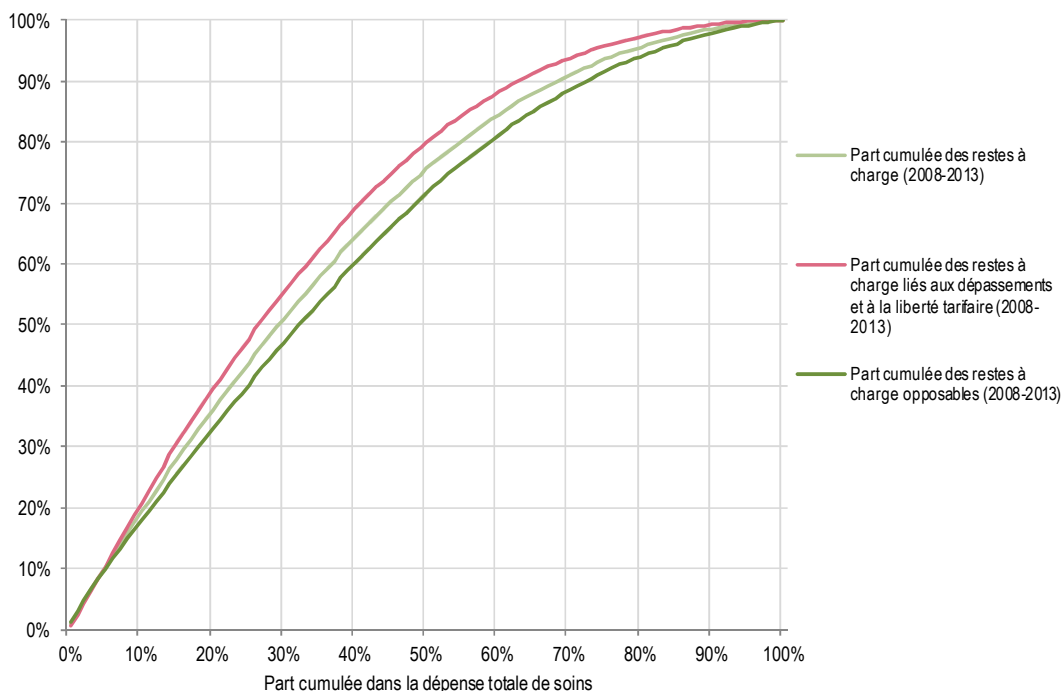


Note de lecture : Les personnes avec ALD hospitalisées, qui supportent les 20 % de la dépense la plus élevée sur la période 2008-2013, concentrent 7 % des RAC cumulés sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Les RAC résultant de la liberté tarifaire sont plus fortement concentrés parmi les assurés ayant de faibles dépenses que les RAC dits opposables (ticket modérateur, participation forfaitaire, franchise médicale...) [cf. *graphique 16*, courbes en pointillés]. Ainsi, alors que les assurés avec les plus faibles dépenses de soins et qui concentrent 50 % de cette dépense supportent 82 % des RAC privés, ceux-ci accumulent 70 % des RAC opposables. Ce constat s'explique notamment par le fait que les dépenses élevées concernent des soins, hospitaliers par exemple, pour lesquels les RAC opposables peuvent être élevés et où les RAC issus de la liberté tarifaire sont faibles (pour des éléments supplémentaires sur les RAC opposables en ville et hospitaliers se référer à l'*annexe 3*).

Graphique 16 – Courbe de concentration des RAC en 2008 et des RAC cumulés (2008-2013) en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins



Note de lecture : Les personnes qui supportent les 20 % de la dépense la plus élevée sur la période 2008-2013 concentrent 6 % des RAC cumulés opposables sur la période 2008-2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Conclusion

À partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) issu du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) est suivie une cohorte de 2008 à 2013 d'environ 380 000 assurés du régime général non décédés pendant cette période, hors bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Sont étudiés alors, pour la première fois, les restes à charge après assurance maladie obligatoire de ces assurés pour leurs soins de ville, ainsi que leurs hospitalisations en établissements de santé privés et publics (en médecine, chirurgie, obstétrique) sur les six années d'observation. Cette étude permet donc d'en décrire l'importance, ainsi que le profil des populations exposées à des restes à charge élevés et récurrents.

Sur l'ensemble de la population, tous soins confondus, l'inertie du reste à charge est globalement modérée, c'est-à-dire que les restes à charge de deux années successives, ou non, sont peu corrélés. Ce résultat est robuste sur les catégories de population qui sont supposées subir des restes à charge élevés chaque année, comme les personnes souffrant d'une affection de longue durée. Si le reste à charge global présente une inertie modérée, le reste à charge sur certains types de soins, comme les médicaments et les consultations de généralistes, est lui très corrélé d'année en année.

Les dépenses de soins dentaires, de soins hospitaliers ou de la liste des produits et prestations remboursables sont responsables des fortes augmentations de restes à charge dans le parcours des assurés¹⁰. Les personnes confrontées à cette augmentation de leur reste à charge ont une dépense non couverte par l'assurance maladie obligatoire qui augmente de 965 euros en moyenne entre 2008 et 2009. Leur reste à charge passe de 35 euros₂₀₀₈ en moyenne en 2008 à 1 000 euros₂₀₀₈ en moyenne en 2009. Les trois types de soins cités précédemment expliquent plus de 80 % de cette augmentation.

Si l'on somme les restes à charge individuels sur plusieurs années, on constate que les restes à charge cumulés sont inégalement répartis au sein de la population. Ainsi, 10 % de la population, âgée en moyenne de 64 ans, présente un reste à charge cumulé entre 2008 et 2013 supérieur à 6 290 euros dont les principales composantes sont à nouveau les soins dentaires, les soins hospitaliers ou la pharmacie. L'âge, le fait d'être pris en charge pour une affection de longue durée ou d'avoir été hospitalisé sont des facteurs explicatifs d'un niveau élevé de restes à charge cumulé. L'inégale distribution des restes à charge est plus forte une année donnée que sur l'ensemble de la période, signe que les cartes sont toutefois rebattues et que ce ne sont pas toujours les mêmes personnes qui essuient des restes à charge parmi les plus élevés. Enfin, en France, comme d'autres pays européens, les mécanismes d'exonération de participations financières permettent très clairement de limiter la corrélation entre le niveau des dépenses de santé et le reste à charge associé. Ces exonérations instaurent par conséquent une solidarité entre ceux qui dépensent le plus et ceux qui dépensent le moins, donc entre les bien-portants et les malades. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés avec les plus faibles dépenses et qui concentrent 50 % de la dépense totale, qui représentent presque 90 % de la population, concentrent 76 % des restes à charge cumulés. À l'inverse, les assurés avec les plus fortes dépenses et qui concentrent l'autre moitié de la dépense, qui représentent un peu plus de 10 % de la population, supportent seulement 24 % des restes à charge.

¹⁰ Dans l'étude, une rupture de parcours en termes de RAC est défini par le passage des trois premiers déciles de RAC aux trois derniers déciles en une année.

Pour en savoir plus

- Briet R., Fragonard B., 2007, « Mission Bouclier sanitaire », rapport au ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, octobre.
- Chaupain-Guillot S., Guillot O., Jankeliowitch-Laval E., 2014, « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV », *Économie et Statistique*, n° 469-470, juillet.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R., 2012, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie publique*, n° 28-29, décembre.
- Dourgnon P., Or Z., Sorasith C., 2013, « L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 », *Question d'économie de la santé*, n° 183, IRDES, janvier.
- Franc C., Pierre A., 2015, « Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des RAC : une étude de cas », *Économie et Statistique*, n° 475-476, avril.
- Galbraith A.-A., Sinaiko A.-D., Soumerai S.-B., Ross-Degnan D., Duta-Linn M.-M., Lieu T.A., 2013, "Some families who purchased health coverage through the massachusetts connector wound up with high financial burdens", *Health Aff (Millwood)*, may;32(5):974-83.
- Geoffard P.-Y., De Lagasnerie G., 2013, « Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation », *Économie et Statistique*, n° 455-456, mai.
- HCAAM, 2011, « Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins », rapport annuel, décembre.
- HCAAM, 2013, « L'accessibilité financière des soins après AMO », rapport annuel, décembre.
- Lachaud-Fiume C., LARGERON-LETÉNO C., ROCHAIX L., 1998, « Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale », *Économie et Statistique*, n° 315
- Ricci P., 2011, « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010 », *Points de repère*, n° 35, CNAMTS, septembre.

Annexe 1 : Définition des mécanismes de participation financière et de protection des patients

Définition liminaire

Tarif de référence : l'assurance ou le financeur public prend en charge un montant fixe, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé.

Définitions des mécanismes de participation financière

Ticket modérateur : le patient paie une part du coût total, le reste étant à la charge de l'assureur ou du financeur public. En France, la Sécurité sociale prend pour base de calcul de remboursement la dépense valorisée sur la base du tarif de référence, auquel elle applique un taux qui diffère suivant les actes et prestations de soins, de l'état de santé de l'assuré, ou du respect ou non du parcours de soins coordonnés. Le ticket modérateur représente la différence entre la dépense valorisée sur la base du tarif de référence et le remboursement de l'assurance maladie. La dépense totale pouvant être supérieure à la base de calcul (dépassements, médicaments non remboursables...), le ticket modérateur peut n'être ainsi qu'une part du RAC supporté par l'assuré avant éventuelle prise en charge par les organismes complémentaires.

Franchise : le mécanisme de couverture et donc de remboursement des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses cumulées des patients dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises sont le plus souvent définies sur des périodes de 12 mois (non glissantes).

Remarque sur la participation forfaitaire de 1 euro et sur les franchises médicales sur les boîtes de médicaments en France : la participation forfaitaire et la franchise médicale sont déduites des remboursements effectués par l'assurance maladie. Ainsi, ce sont des franchises à l'acte. L'assurance maladie continue donc de rembourser une partie du coût des soins soumis à la participation forfaitaire ou à la franchise médicale ce qui n'est pas le cas avec la franchise.

Définitions des mécanismes de protection des patients

Plafond de dépense ou de RAC : un plafond de dépense est défini, généralement sur une base annuelle calendaire (non glissante), en fonction de la dépense remboursable (dépense engagée dans la limite du tarif de référence) ou du ticket modérateur. Au-delà de ce plafond, l'assurance prend en charge la totalité du coût des soins, toujours dans la limite de la dépense remboursable. Le ticket modérateur marginal est alors nul.

Annexe 2 : Éléments complémentaires d'analyse

Tableau A1 – Fréquence des restes à charge les plus élevés ou les plus faibles

	Proportion de la population de la cohorte	Âge moyen	Proportion de cette population en ALD au moins une fois en ALD les six années
Toujours dans le dernier décile de reste à charge	0,6%	64 ans	44,1%
4-5 fois	2,8%	62 ans	45,8%
1-3 fois	29,0%	52 ans	32,6%
Jamais	67,5%	34 ans	13,4%
Toujours dans le premier décile de reste à charge	4,1%	45 ans	0,9%
4-5 fois	2,7%	36 ans	7,1%
1-3 fois	16,4%	35 ans	10,3%
Jamais	76,8%	41 ans	23,7%

Note de lecture : 0,6 % de la cohorte sont toujours dans le dernier décile de reste à charge de 2008 à 2013.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

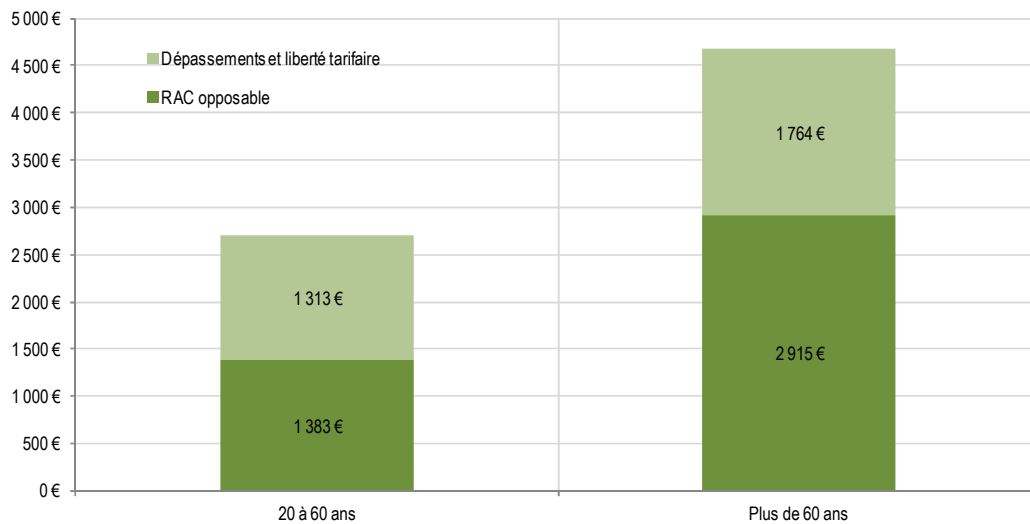
Selon l'âge (entre 20 et 60 ans, plus de 60 ans)

Graphique A1 – Coefficients de corrélation des restes à charge en 2008 et des restes à charge les années suivantes en fonction des types de soins et l'âge sur l'ensemble de la période 2008 à 2013



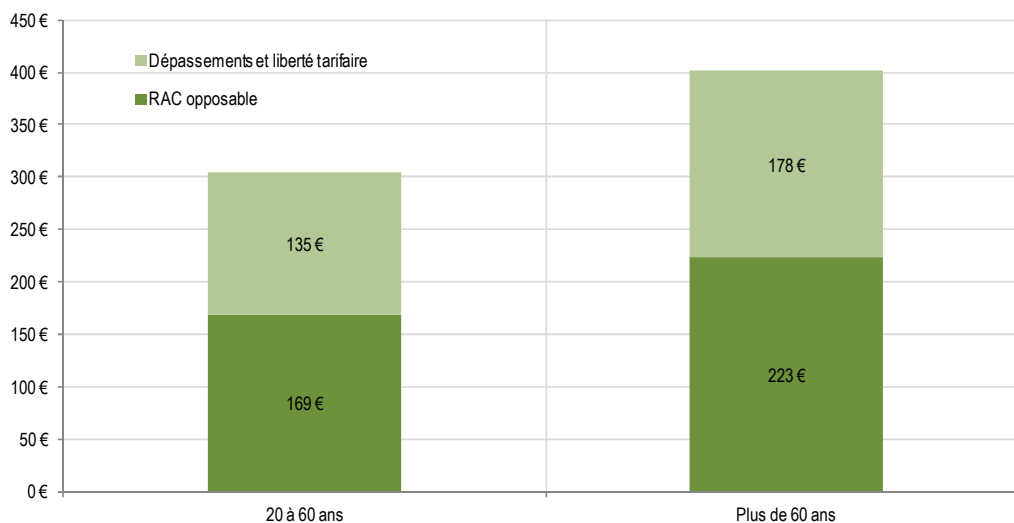
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A2 – RAC cumulé par âge et type de RAC, opposable ou lié à la liberté tarifaire (en €2008, 2008-2013)



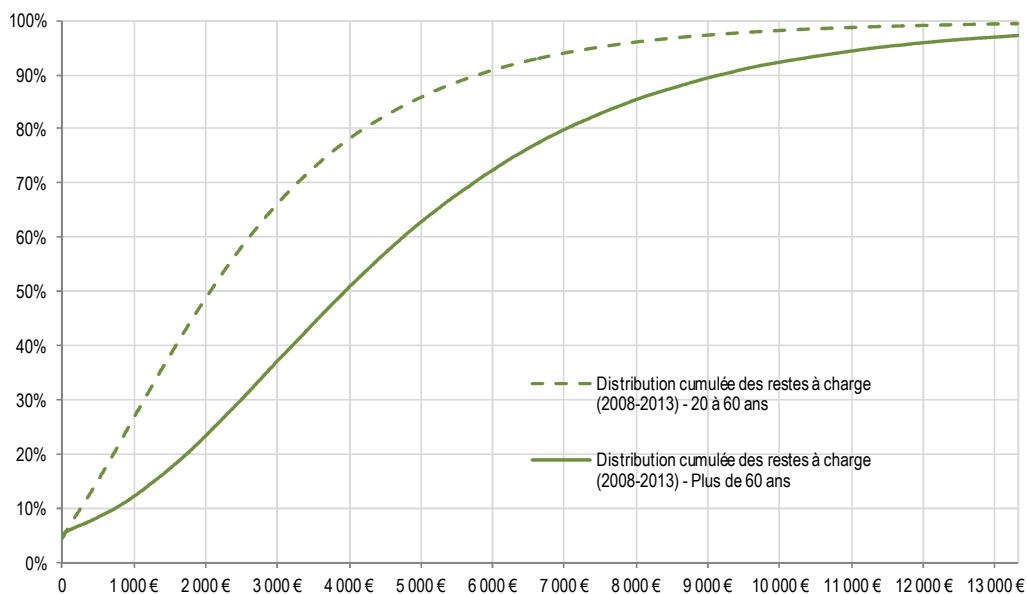
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A3 – RAC cumulé par âge et type de RAC, opposable ou lié à la liberté tarifaire, spécialistes (en €2008, 2008-2013)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A4 : Distribution cumulée des RAC en fonction de l'âge (en €2008, 2008-2013)

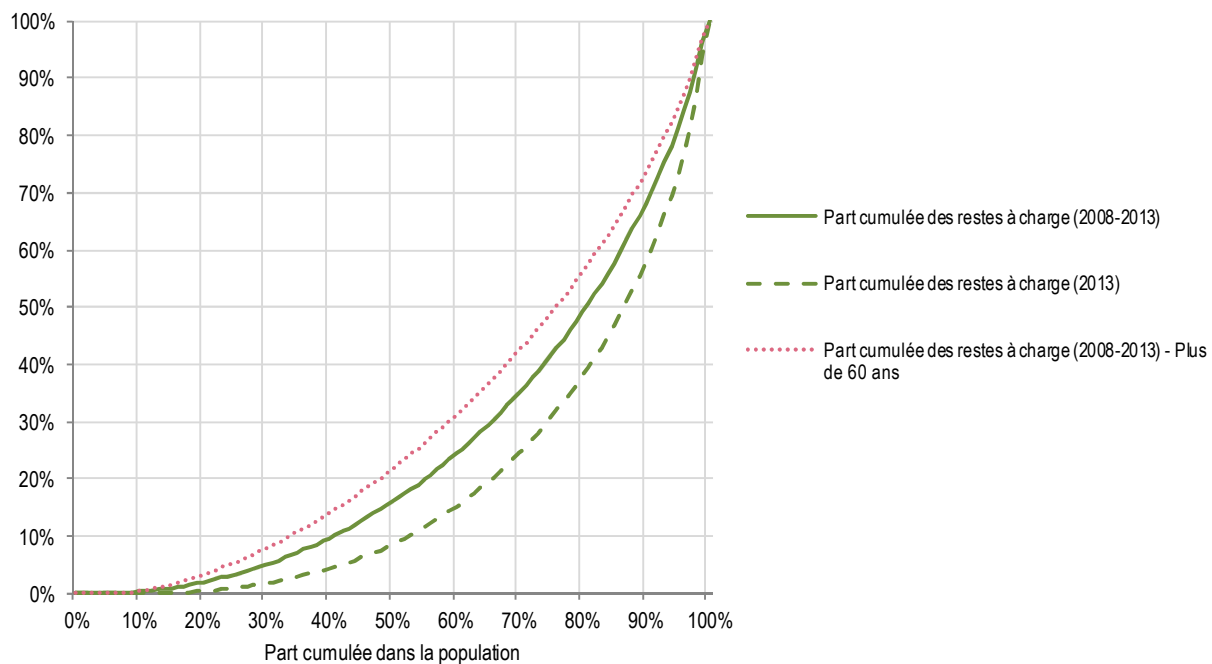


Note de lecture : La distribution cumulée donne, pour chaque valeur possible du RAC cumulé en fonction de l'âge, le pourcentage de personnes ayant un RAC cumulé inférieur à cette valeur. Par exemple, 80 % de la population entre 20 et 60 ans ont un RAC inférieur à 4 140 euros, ce qui implique que 20 % de la population supporte des RAC supérieurs à 4 140 euros.

Pour les plus de 60 ans, seulement 53 % de la population a un reste à charge inférieur à 4 140 euros. Toujours pour les plus de 60 ans, 80 % de la population a un reste à charge inférieur à 6 960 euros et donc 20 % de la population ont un reste à charge supérieur à 6 960 euros.

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

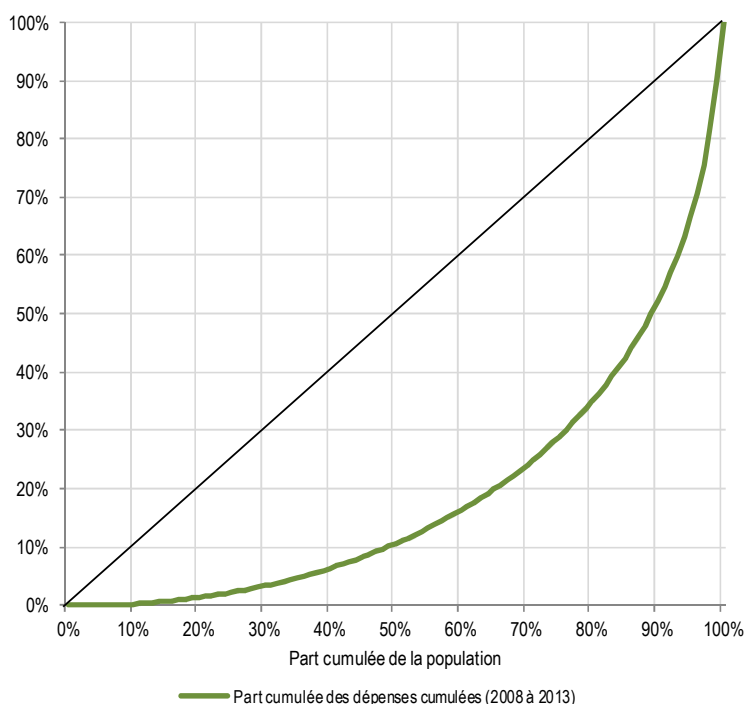
Graphique A5 – Courbe de concentration des RAC en 2013 et des RAC cumulés 2008-2013 pour l'ensemble de la population et les plus de 60 ans



Note de lecture : Les 10 % de la population qui supportent les plus forts RAC respectivement en 2013 et sur la période 2008-2013 versent respectivement 42 % des RAC en 2013 et 32 % des RAC cumulées sur la période 2008-2013.
 Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

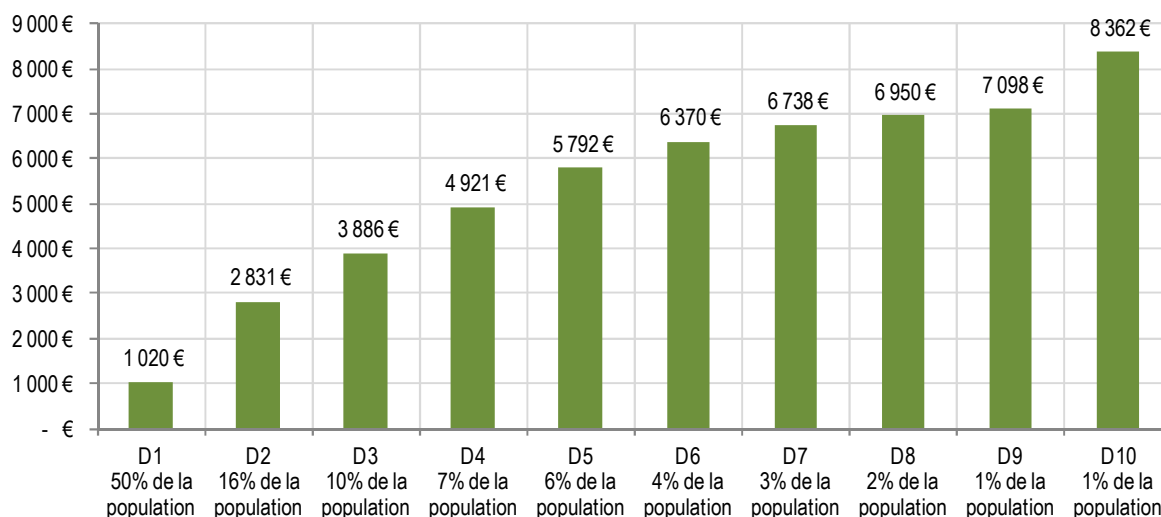
Annexe 3 : Éléments additionnels sur la concentration de la dépense et du reste à charge cumulés entre 2008 et 2013 dans la cohorte étudiée

Graphique A6 – Courbe de concentration de dépenses cumulées 2008-2013.



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013

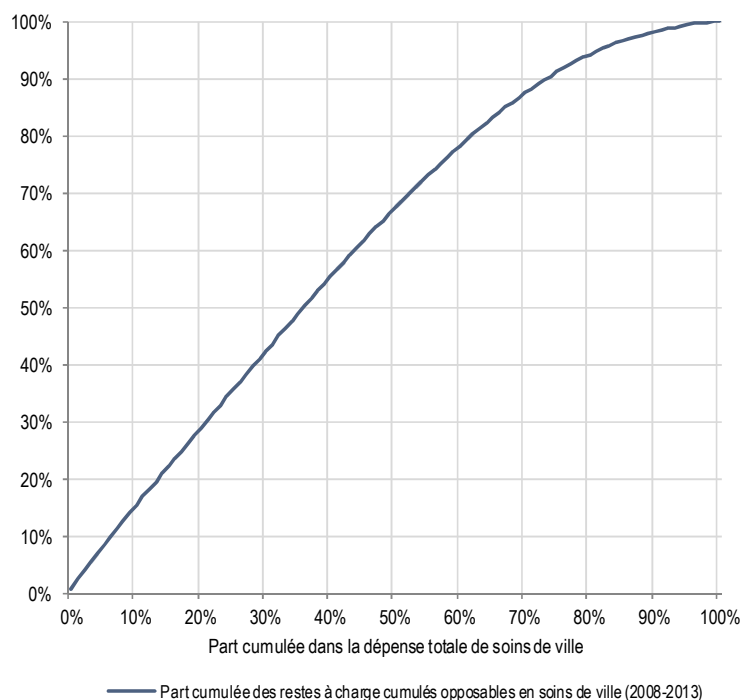
Graphique A7 – Reste à charge moyen par décile de concentration des dépenses cumulées (2008-2013)



Note de lecture : Les assurés avec les dépenses les plus faibles et qui concentrent 10 % de la dépense cumulée entre 2008 et 2013 ont un reste à charge cumulé moyen de 1 020 euros₂₀₀₈. Le graphique indique également que ces personnes qui concentrent 10 % de la dépense cumulée (axe des ordonnées) représentent 50 % de la population (axe des abscisses).

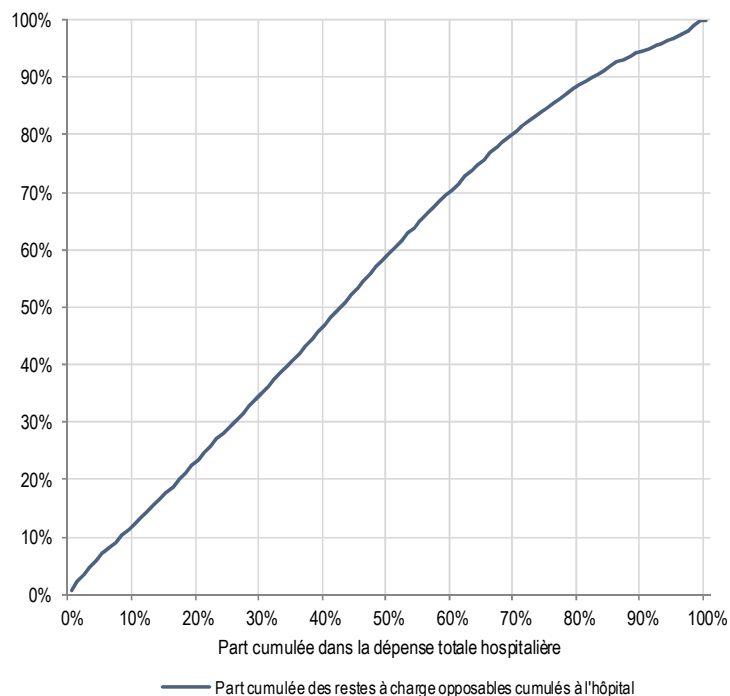
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

**Graphique A8 – Courbe de concentration des RAC opposables cumulés en soins de ville (2008-2013)
en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins de ville**



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

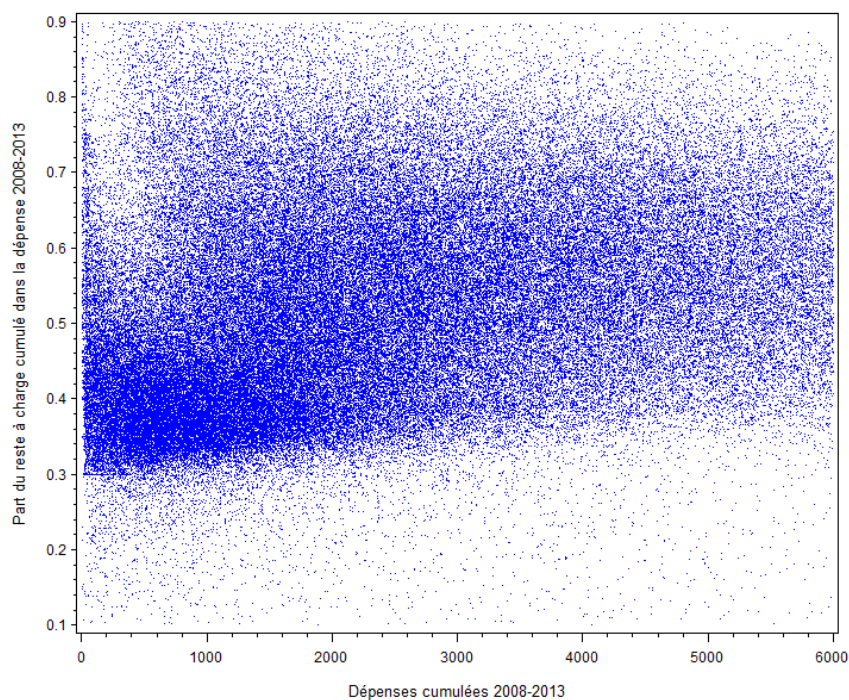
**Graphique A9 – Courbe de concentration des RAC opposables cumulés en soins de ville (2008-2013)
en fonction de la part cumulée dans la dépense totale de soins de ville**



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

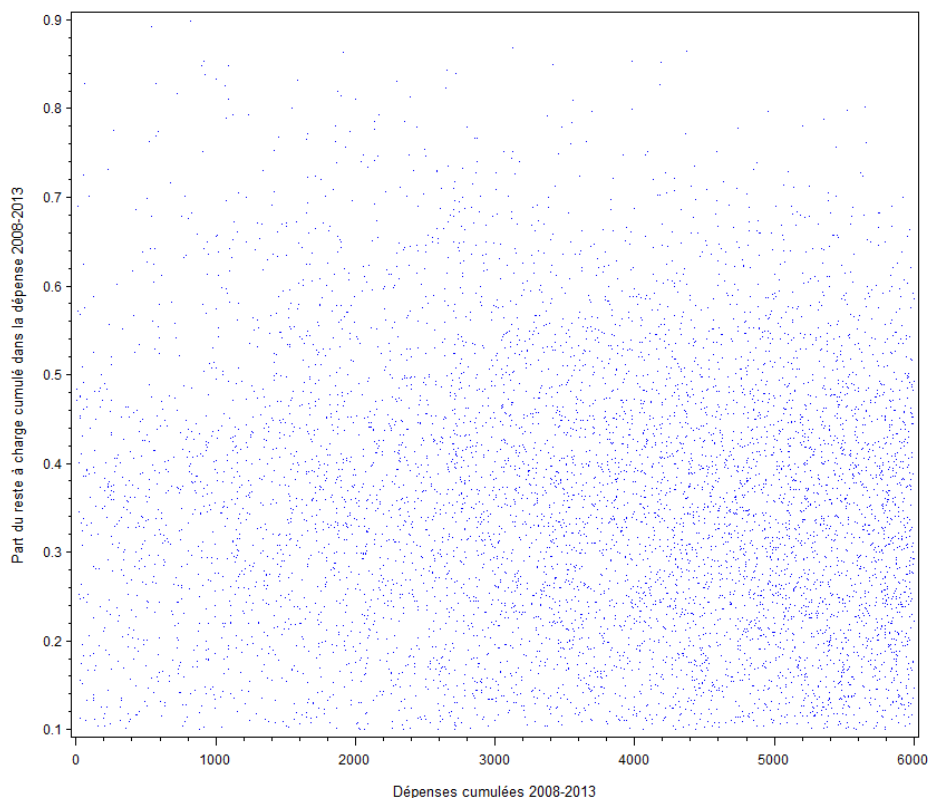
Annexe 4 : Restes à charge cumulés en part de la dépense de santé

Graphique A10 – RAC cumulés sur la période 2008-2013 selon la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui ne bénéficient pas d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année entre 2008 et 2013 ou qui n'ont pas été hospitalisés entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.

Graphique A11 – RAC cumulés sur la période 2008-2013 en fonction de la dépense cumulée entre 2008 et 2013 pour les assurés qui bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée au moins une année entre 2008 et 2013 (en €2008, un point=un individu)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2008-2009-2010-2011-2012-2013.