

Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire

Analyse longitudinale (2008-2013)

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

* Direction de la Stratégie, des Etudes 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'Epidémiologie et de Développement)



SECURITE SOCIALE

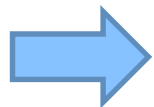


**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Enjeux : Le reste à charge est une question centrale pour les politiques de santé et notamment d'accès aux soins

- **Le RAC est ce qui échappe à :**
 - La solidarité entre bien-portants et malades instaurée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)
 - La solidarité verticale instaurée par l'AMO
- **Objectifs de cette étude : Compléter les analyses statiques des restes à charge par une analyse dynamique**
 - Caractériser les niveaux des RAC après AMO dans le temps
 - Identifier les caractéristiques des assurés concentrant des RAC après AMO importants et/ou récurrents
 - Comprendre les mécanismes qui mènent à des RAC après AMO importants dans le temps et récurrents



Suivi d'une cohorte entre 2008 et 2013

- **Données et définitions liminaires**



Une cohorte de 376 000 assurés auprès du régime général suivis entre 2008 et 2013

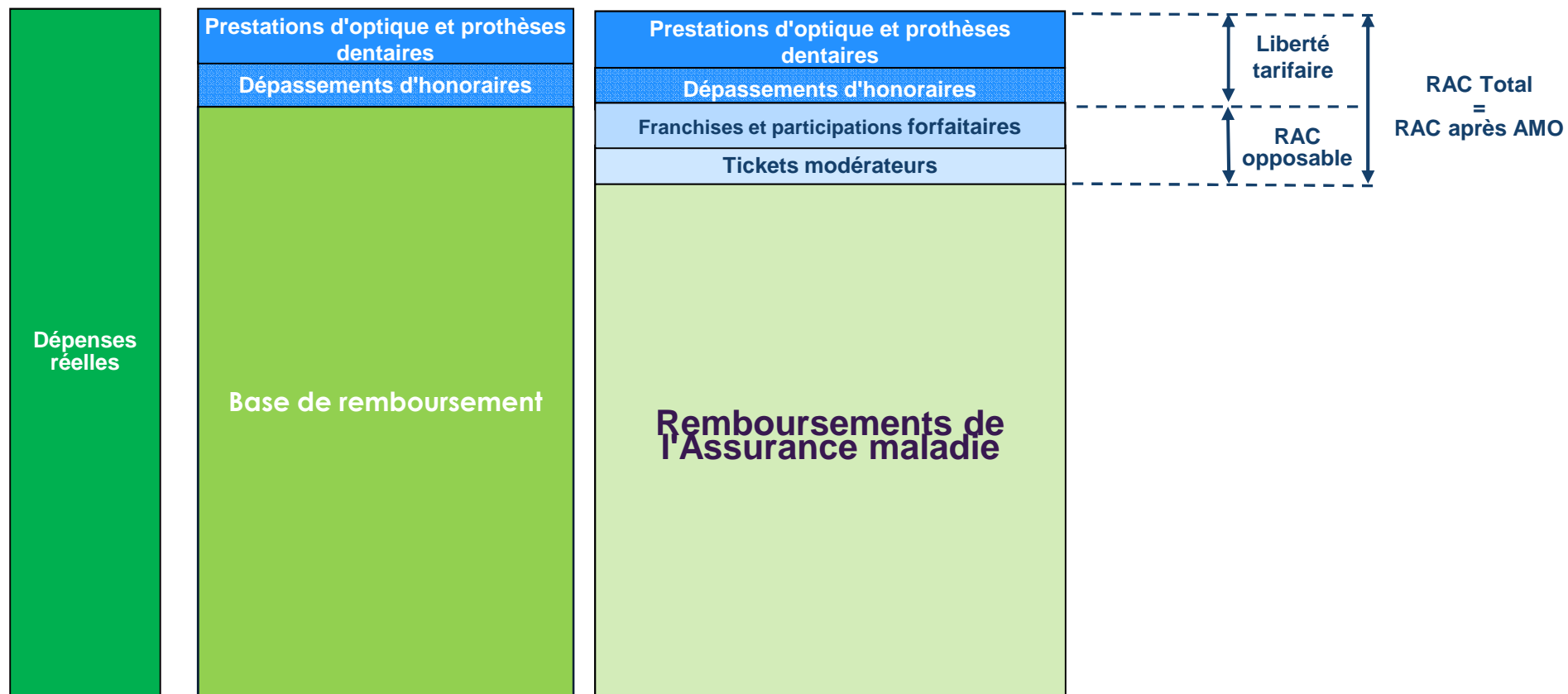
- **Les bénéficiaires du Régime général** présents 6 années successives dans l'Echantillon Généraliste des Bénéficiaires sont inclus dans l'étude **à l'exception** :
 - des bénéficiaires des sections locales mutualistes (SLM)
 - des bénéficiaires de l'AME
 - des migrants
 - des bénéficiaires de la CMU-C (au moins une fois à la CMU-C sur la période)
- **Les soins étudiés** :
 - Soins ambulatoires
 - Médicaments
 - Soins hospitaliers soumis au paiement à l'activité en Médecine Chirurgie Obstétrique et les soins de suite et de réadaptation et les soins psychiatriques en cliniques privées.

Caractéristiques principales des assurés présents dans la cohorte

- **52% de femmes** (vs 52% pour l'ensemble du régime général)
- **20%** de la cohorte bénéficie au moins une année d'une exonération au titre d'une **affection de longue durée**
- **Age moyen dans la cohorte : 40 ans en 2008** (vs 39 ans)
- **49%** des assurés dans la cohorte ont été **hospitalisés au moins une fois entre 2008 et 2013**

- **Dépense et reste à charge moyens en 2008**
 - Dépense moyenne en 2008 : 1 538 € (vs 1712€ pour l'ensemble du RG)
 - Reste à charge moyen en 2008 : 432 € (vs 413€ pour l'ensemble du RG)

Définition du reste à charge



- **Description des restes à charge sur six années et caractéristiques des assurés concentrant des RAC après AMO importants dans le temps**

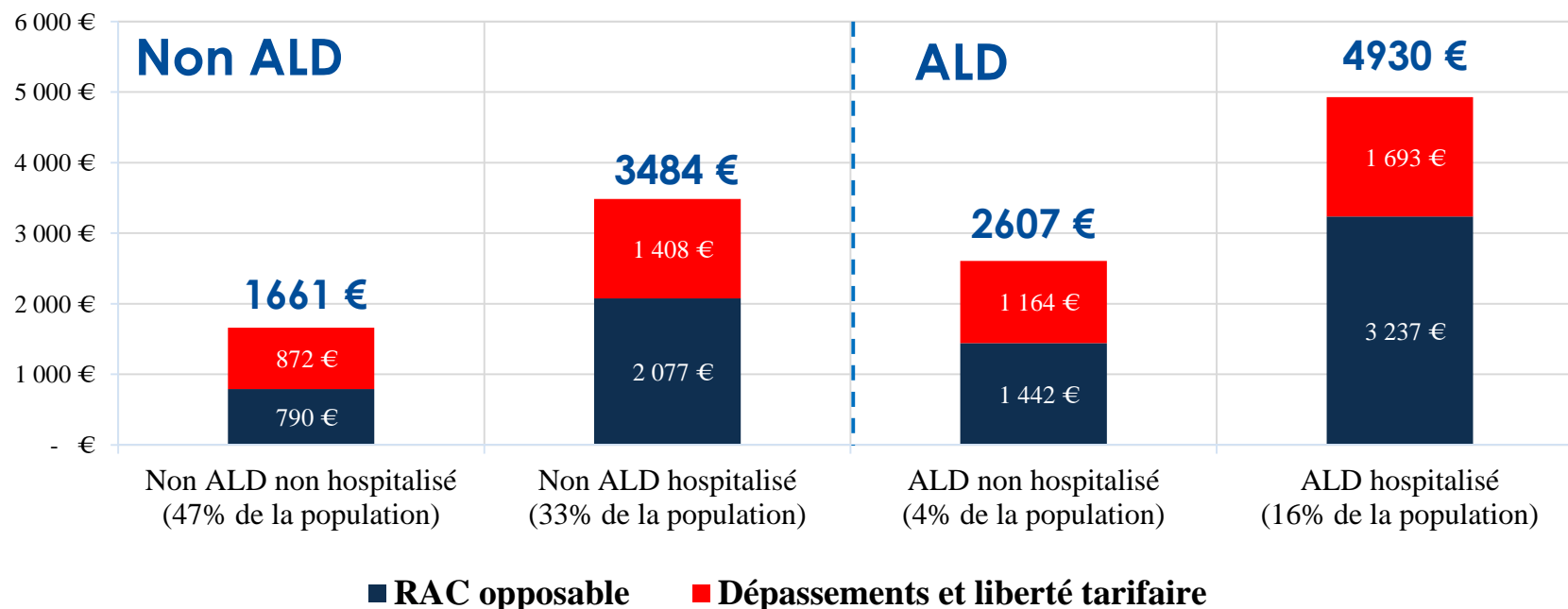


**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

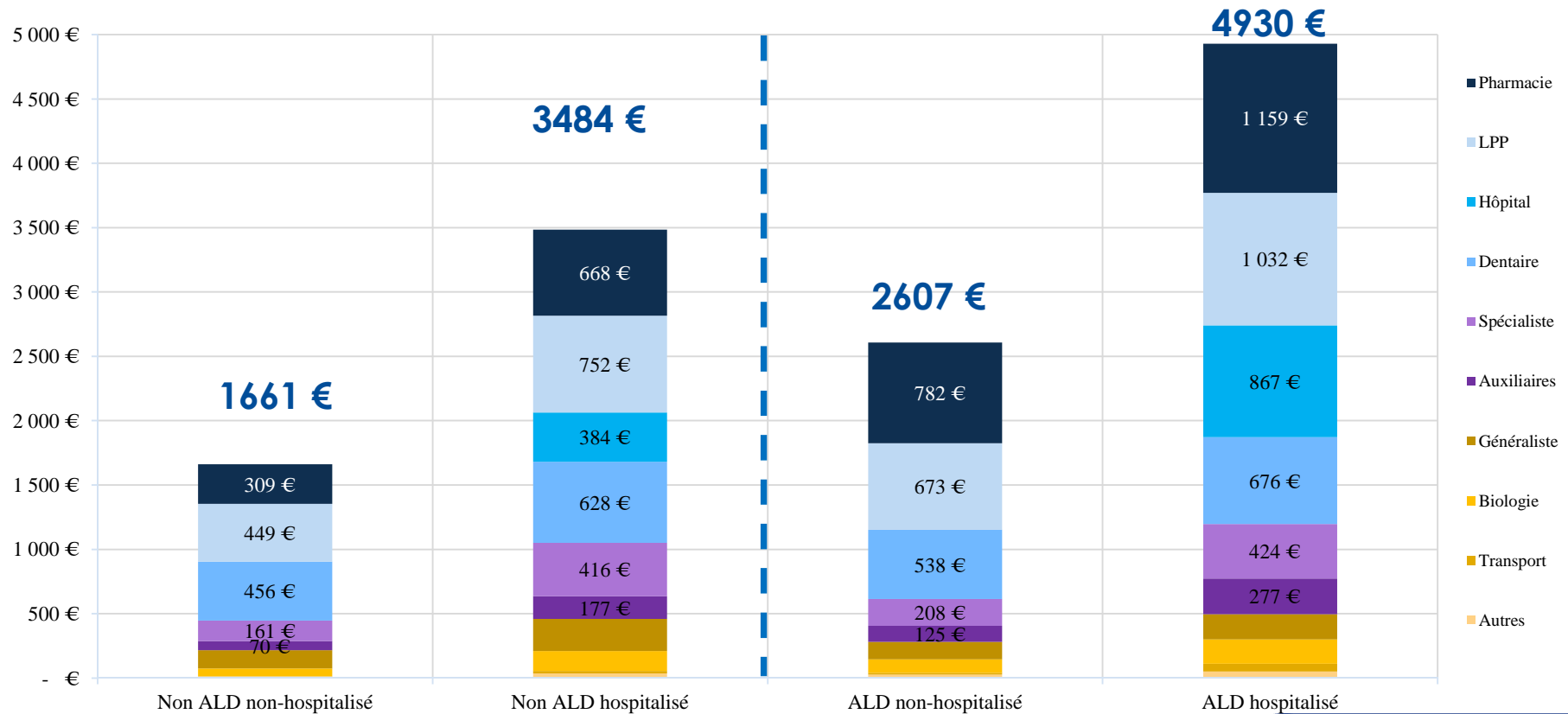
2 820 € : Reste à charge cumulé moyen sur les six années mais des différences importantes en fonction de l'état de santé de l'assuré

- Le **fait d'avoir été hospitalisé** au cours des six années double en moyenne le reste à charge cumulé
- La **liberté tarifaire et les dépassements** représentent entre la moitié et un tiers des restes à charge cumulés

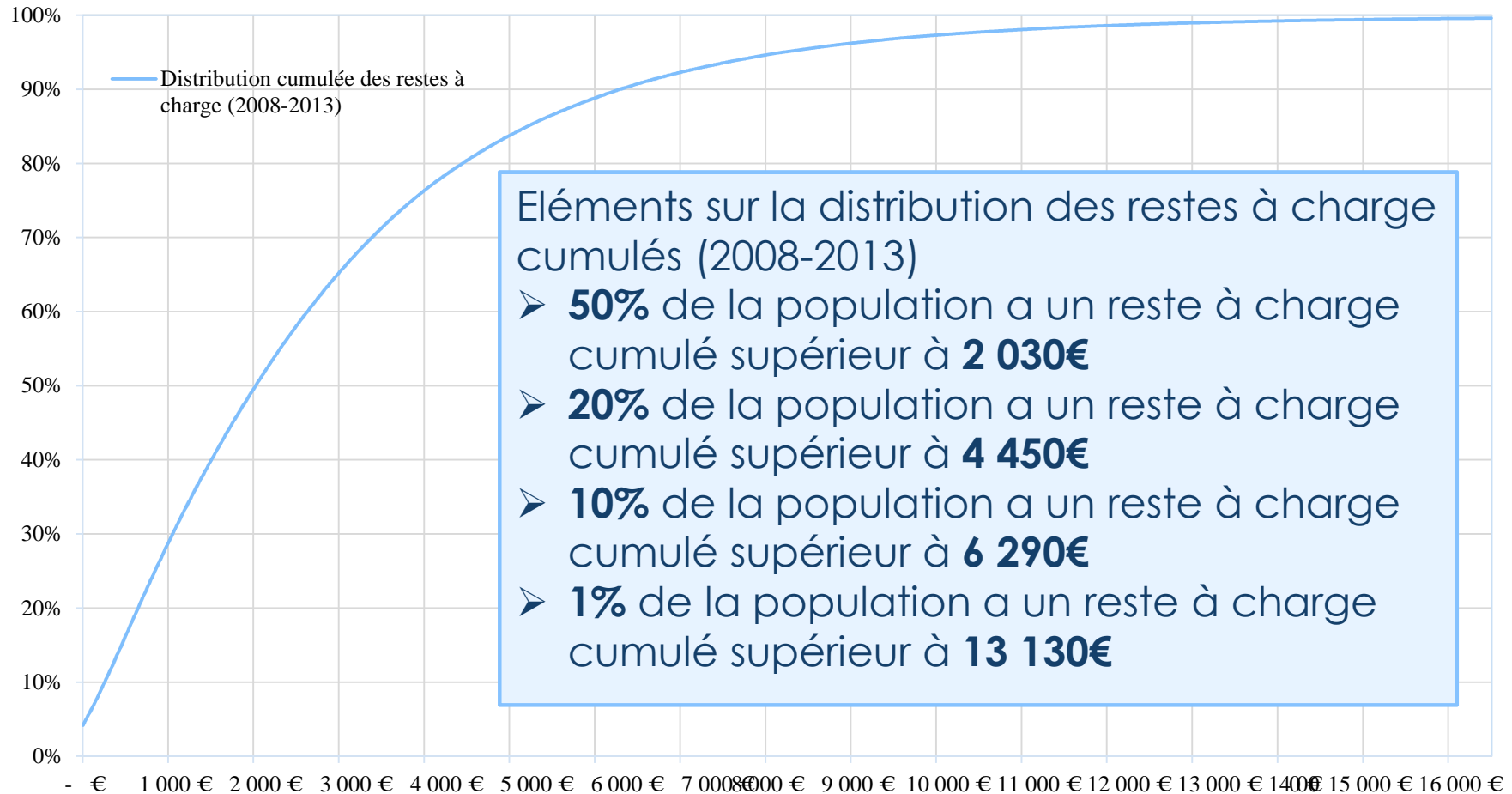


RAC cumulé par type de population et type de soins (€2008, 2008-2013)

➤ La **pharmacie**, les biens de la **Liste des Produits et Prestations**, l'**hôpital** et le **dentaire** sont les principaux postes composants le RAC



Une forte dispersion des restes à charge cumulés : 10% de la population a un reste à charge cumulé supérieur à 6290€



Qui sont les 10% des assurés qui ont les plus forts restes à charge cumulés entre 2008 et 2013 ?

- **6 290 €** : Un dixième de la population a un reste à charge cumulé supérieur à ce montant
 - **84% de cette population** ont été **hospitalisées** au moins une fois dans les six années contre 49% dans l'ensemble de la cohorte
 - **75% de cette population** ont **plus de 50 ans** contre 36% dans l'ensemble de la cohorte
 - **43% de cette population** sont en **ALD** contre 20% dans l'ensemble de la cohorte
 - **55% des restes à charge** du dernier décile sont issus de dépenses en **dentaire**, dans la **LPP** ou à **l'hôpital** alors qu'elles ne représentent que 20% des restes à charge du premier décile

- **Concentration et récurrence des restes à charge entre 2008 et 2013**



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

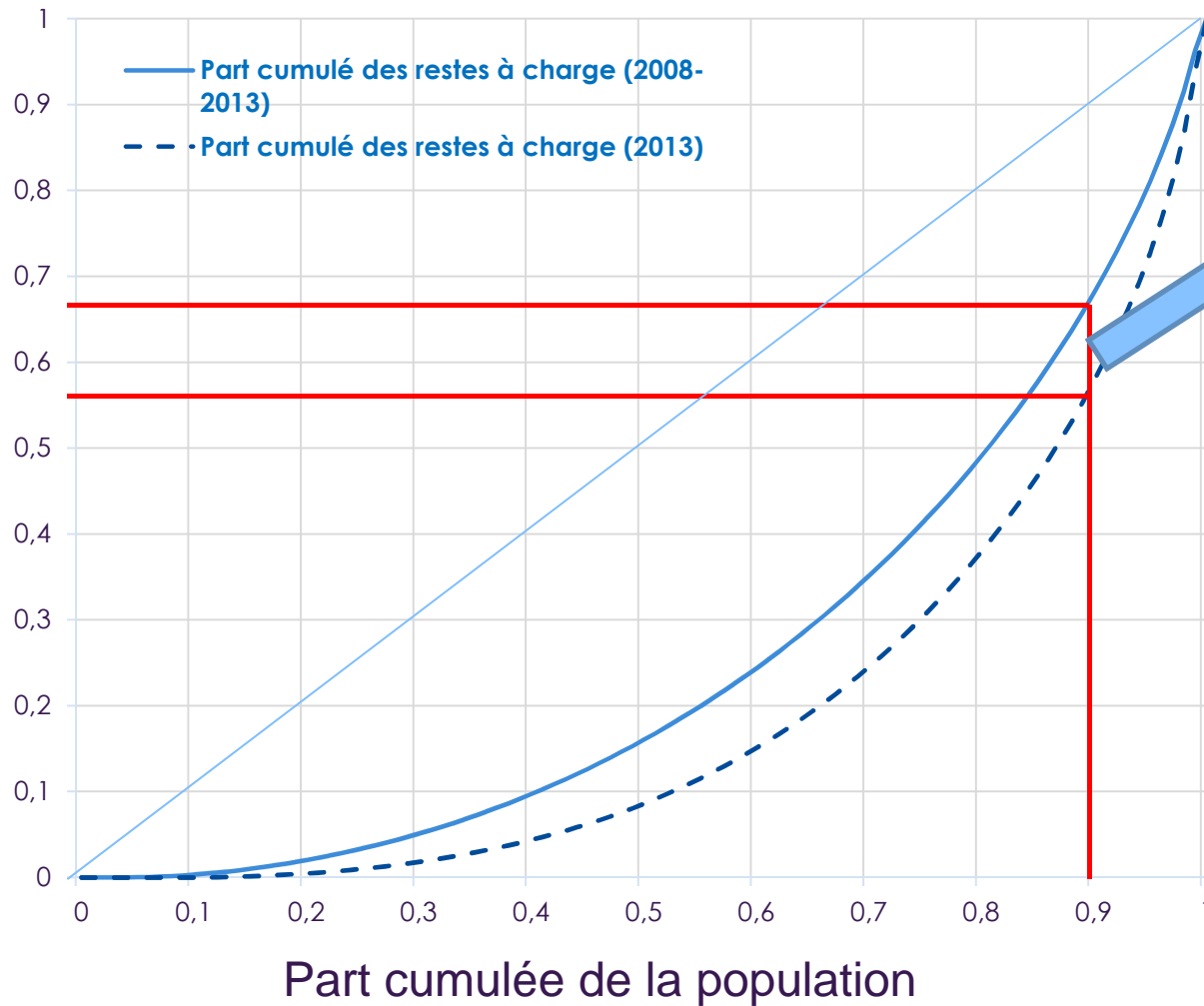
Concentration des restes à charge cumulés

- **Concentration importante des restes à charge cumulés**
 - **10%** de la population concentre **32% des restes à charge** cumulés
 - **5%** de la population concentre **20% des restes à charge** cumulés
- **Forte concentration** des restes à charge en **transports, soins hospitaliers, soins en auxiliaires médicaux, soins dentaires**
 - 10% de la cohorte concentre 72% des RAC cumulés hospitaliers
 - Parmi les assurés ayant consommé des soins hospitaliers, 10% concentre 53% des RAC cumulés hospitaliers et 1% en concentre 10%
- **La concentration des restes à charge diminuent avec l'âge**
 - 10% des 60 ans et plus concentrent 26% des RAC cumulés
 - 10% des 20 à 60 ans concentrent 33% des RAC cumulés

Une présence souvent occasionnelle parmi les 10% de la population avec les plus forts restes à charge entre 2008 et 2013

	Proportion de la population de la cohorte	Age 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	<u>0,6%</u>	64 ans	44,1%
4-5 fois dans le dernier décile de reste à charge	<u>2,8%</u>	62 ans	45,8%
1-3 fois dans le dernier décile de reste à charge	29,0%	52 ans	32,6%
Jamais	67,5%	34 ans	13,4%

Un roulement au sein de la population concentrant les plus forts restes à charge



10% de la population :

- Concentre 42% des restes à charge en 2013
- Concentre 32% des restes à charge cumulés entre 2008 et 2013

Indice d'inégalité de Gini :

- 0,5 pour 2008-2013
- Indice élevé (ex : 0,3 en 2012 pour les revenus disponibles par UC, INSEE)

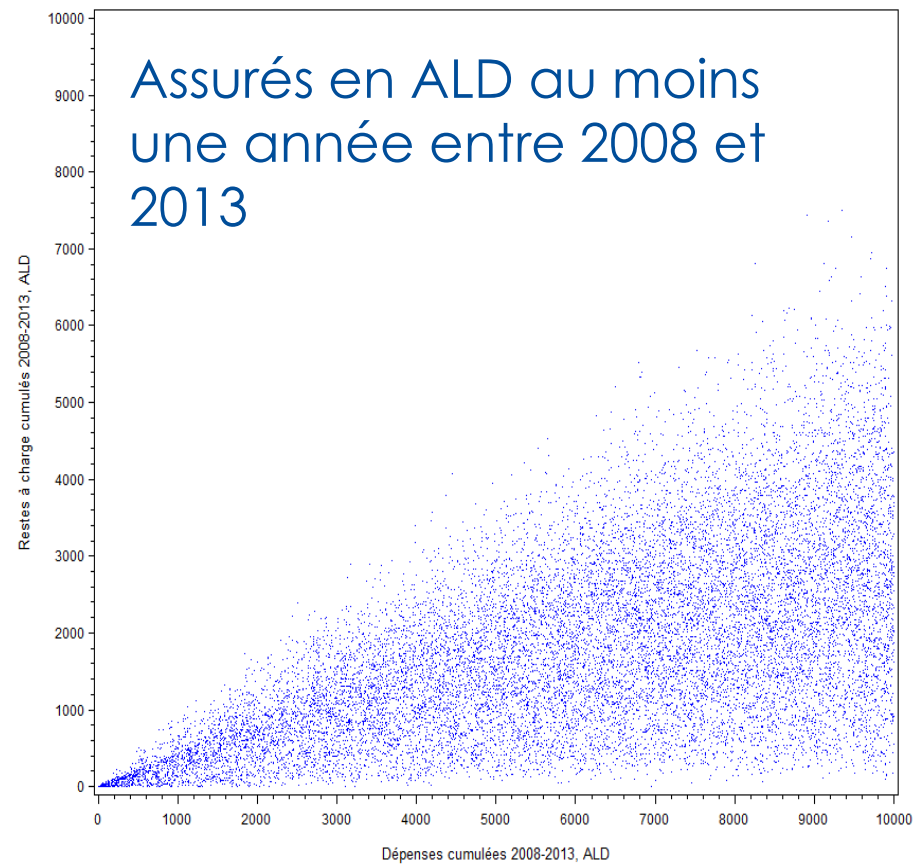
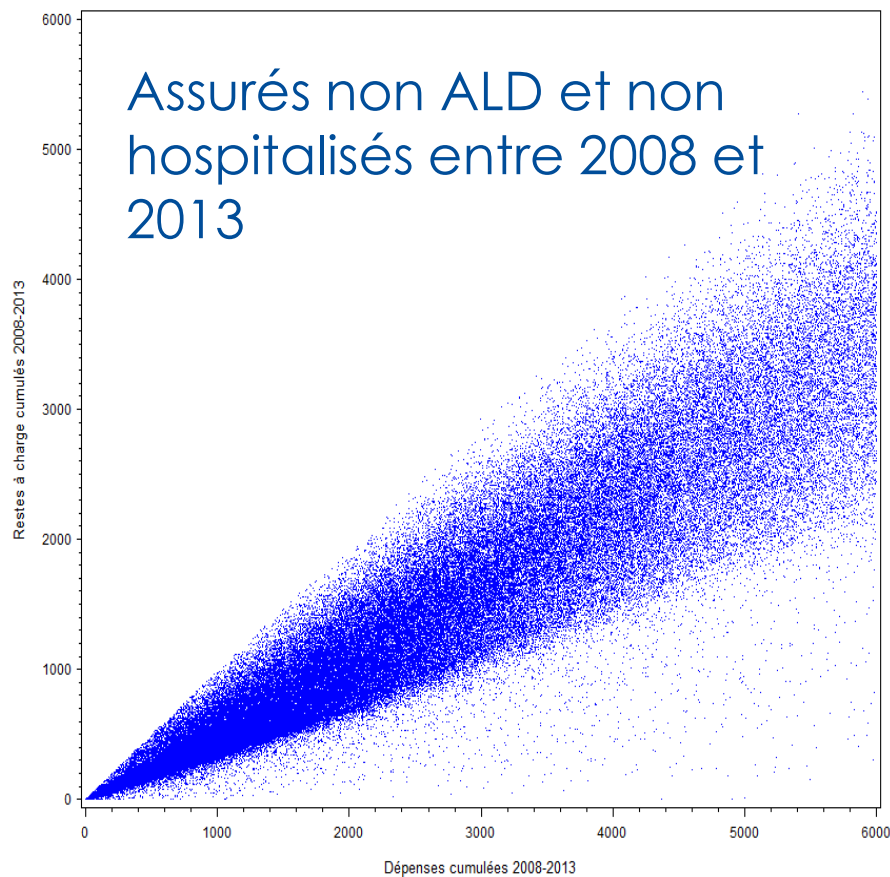
- **Les mécanismes de participation financière : quelle solidarité instaurée par l'Assurance Maladie Obligatoire ?**



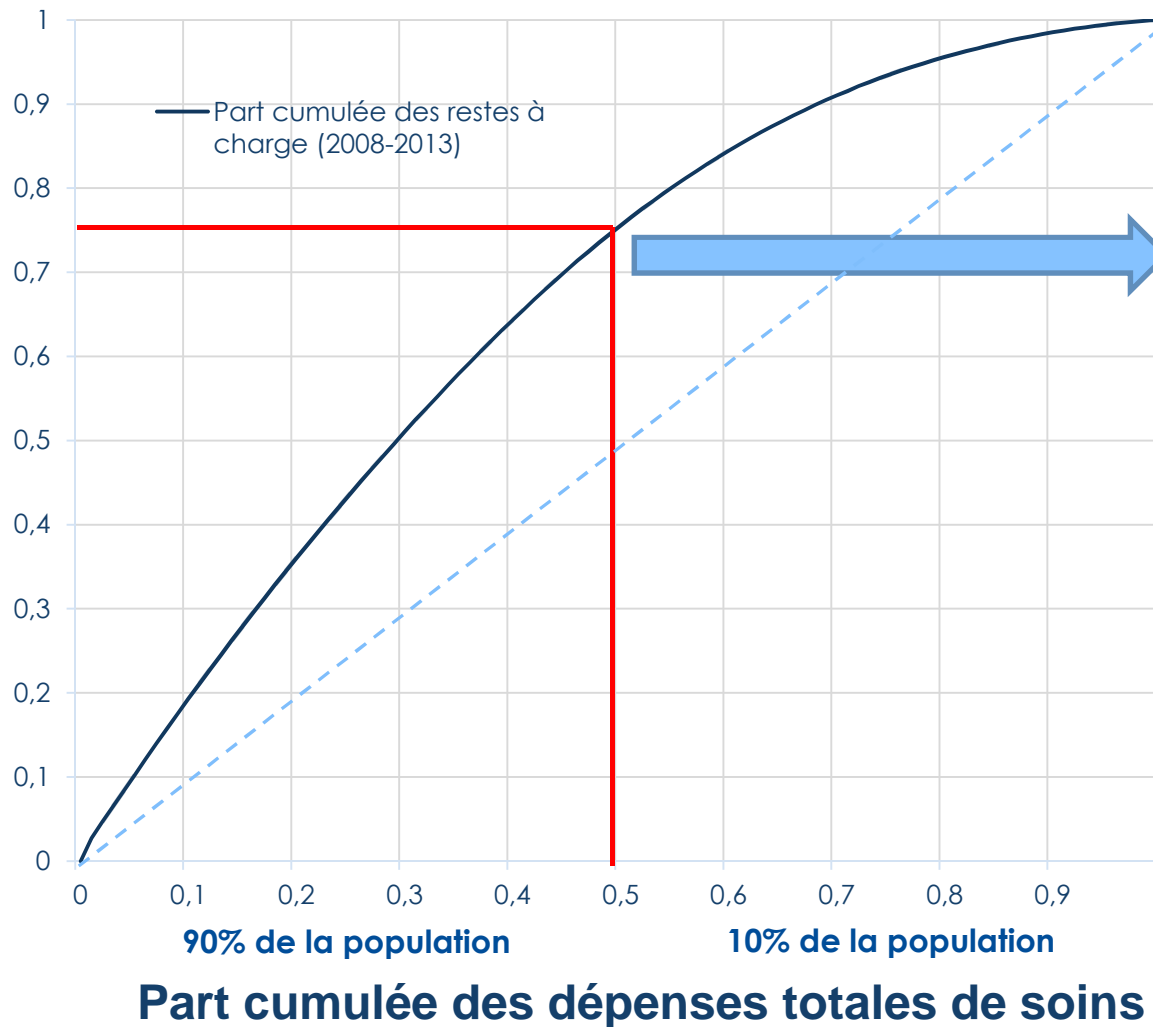
**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

Un reste à charge globalement croissant avec la dépense mais un lien atténué par les mécanismes d'exonération de participations financières



Les assurés avec les plus fortes dépenses, qui concentrent la moitié des dépenses totales, supportent seulement 24 % du total des RAC



Les assurés, avec les plus faibles dépenses, qui représentent 50% de la dépense totale concentrent 76% des restes à charge cumulés entre 2008 et 2013

Les assurés, avec les plus fortes dépenses, qui représentent 50% de la dépense totale concentrent 24% des restes à charge cumulés entre 2008 et 2013

Conclusion : Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, une analyse longitudinale (2008-2013)

- **Un reste à charge cumulé moyen de 2820 € entre 2008 et 2013 (6 ans) soit 470 € en moyenne par an**
- **Une forte dispersion des restes à charge cumulés au sein de la population étudiée**
 - 10% de la population a un reste à charge cumulé supérieur à 6290 euros (assurés en ALD, ayant été hospitalisés et consommateurs de soins dentaires, dans la liste des produits et prestations ou des soins hospitaliers)
- **Une concentration importante des restes à charge mais une récurrence qui reste modérée limitant la concentration des restes à charge dans le temps**
- **L'Assurance Maladie Obligatoire instaure une certaine solidarité au regard de la dépense engagée par le biais des mécanismes d'exonération de la participation financière des patients**

- Pour en savoir plus :

**Les dépenses de santé en 2014 -
Résultats des Comptes de la
santé, Collection Études et
statistiques, Publié le 15
septembre 2015**

