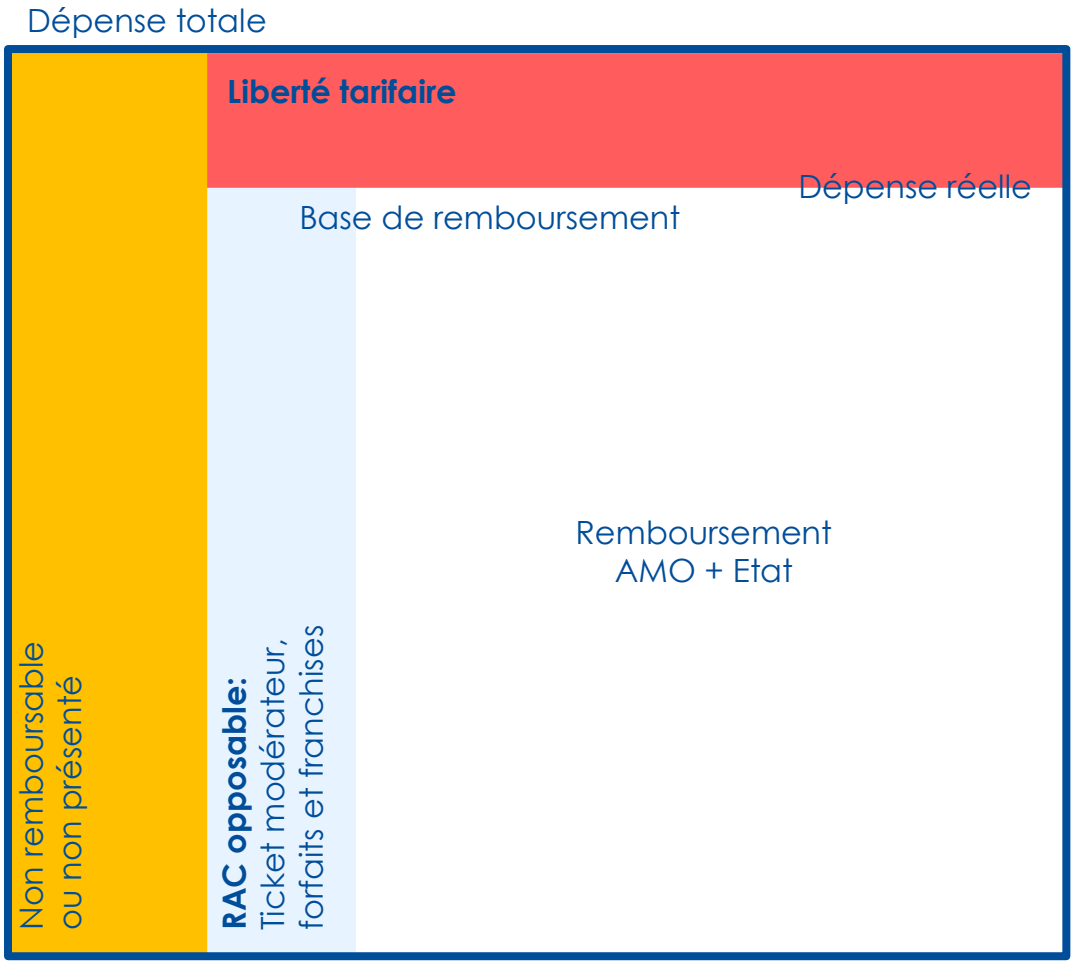
Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Collège des économistes de la santé

Direction de la Stratégie, des Études et des Statistiques
Département Etudes dur les Pathologies et les Patients

Définition schématique du reste à charge



RAC après AMO
=
Liberté tarifaire + RAC opposable

Reste à charge opposable : la participation financière pour les soins de ville

- En 1945 :
  - ✓ un simple ticket modérateur de 20%

- En 2016 :
  - ✓ 8 taux de tickets modérateurs différents
  - ✓ 2005 : participation forfaitaire de 1€
    Consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale)
  - ✓ 2008 : franchises médicales
    Boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports

	Fourchette définie par décret	Taux fixé par l'UNCAM
Honoraires des praticiens libéraux hors hospitalisation	25-35 %	30%
Honoraires des auxiliaires médicaux hors hospitalisation	35-45 %	40%
Analyses médicales hors hospitalisation	35-45 %	40%
Médicaments à SMR modéré ou destiné aux affections sans gravité	70-75 %	70%
Spécialités et préparations homéopathiques remboursables	70-75 %	70%
Liste des produits et prestations (LPP)	40-50 %	40%
Médicaments à SMR faible	80-90%	85%
Transports sanitaires, cures termales et autres frais, dont autres médicaments	30-40 %	35%

Reste à charge opposable : la participation financière pour les soins hospitaliers

- Un taux de ticket modérateur (TM) à l'hôpital plus faible qu'en ville

	Fourchette définie par décret	Taux fixé par l'UNCAM
Frais d'hospitalisation, y compris honoraires et analyses médicales	15-25 %	20%
forfait urgences et ambulatoire à l'hôpital, honoraires associés et produits de la liste "en sus"	15-25 %	20%

- Un forfait journalier hospitalier (FJ) en constante augmentation entre 2005 et 2018 :
  - ✓ De 13€ en 2005 à 20 € en 2018 (PLFSS 2018)
  - ✓ Sauf pour les assurés qui relèvent des risques maternité et AT/MP, les soins de néonatalogie du 1er mois et les soins des pensionnés militaires

- Calcul du reste à charge :
  - ✓ Lorsque le patient paie un TM de 20%, la participation à l'hébergement n'est pas ajoutée au TM. La somme des FJ est imputée sur le montant de ce TM (le patient ne paie que le plus élevé des deux, *de facto* le TM).

Reste à charge opposable : un grand nombre d'exonérations du ticket modérateur

- *Les exonérations liées au coût des prestations*
  - ✓ *Les affections de longue durée*
  - ✓ *Les hospitalisations longues* compter du 31ème jour d'hospitalisation
  - ✓ *Les médicaments coûteux*

- *Les exonérations liées à des considérations de santé publique*
  - ✓ *Les frais de dépistage des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et par le virus de l'hépatite C*
  - ✓ *Les programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables*
  - ✓ *Les consultations de prévention destinées aux mineurs*
  - ✓ *Les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire*

- *Les exonérations liées à la situation des bénéficiaires*
  - ✓ *Les invalides* (L'exonération de ticket modérateur prévue dans le cadre de l'invalidité s'applique à tous les soins et traitements, à l'exception des médicaments à vignette bleue qui restent remboursés à 30 %)
  - ✓ *Les femmes enceintes*
  - ✓ *Les nouveau-nés*
  - ✓ *Les pensionnés militaires d'invalidité*

Reste à charge lié à la liberté tarifaire

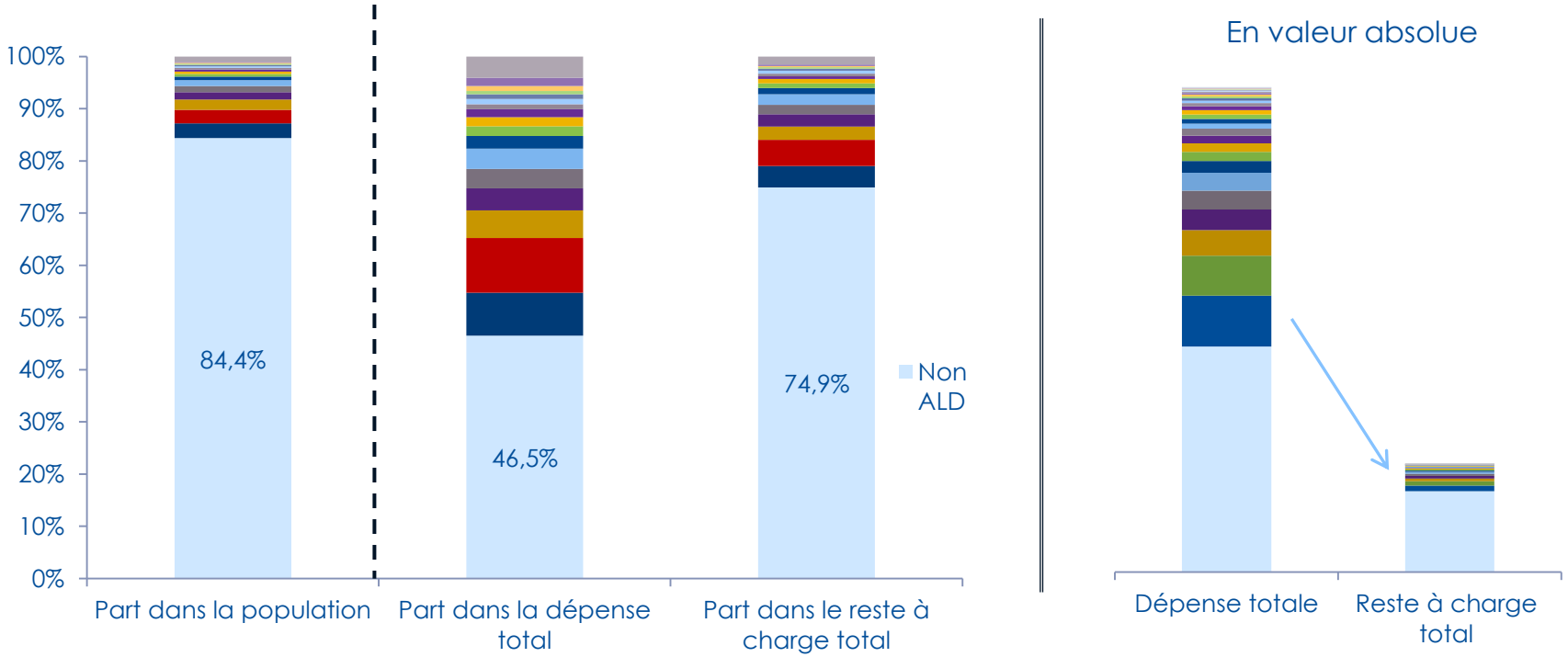
- Les dépassements d'honoraires

  - ✓ Médecins en secteur 1 et titulaire d'un droit permanent au dépassement (DP)
  - ✓ Le secteur 2 ou secteur «conventionné à honoraires libres» a été créé par la convention nationale de 1980
  - ✓ Ce secteur a été ouvert dans un contexte d'explosion démographique du corps médical mais également de faible croissance du PIB.

- La liberté tarifaire sur la liste des produits et prestations et certains actes : optique, audioprothèses, soins prothétiques dentaires…

Quel impact du dispositif de prise en charge des ALD sur la concentration des RAC* par les personnes en ALD ?

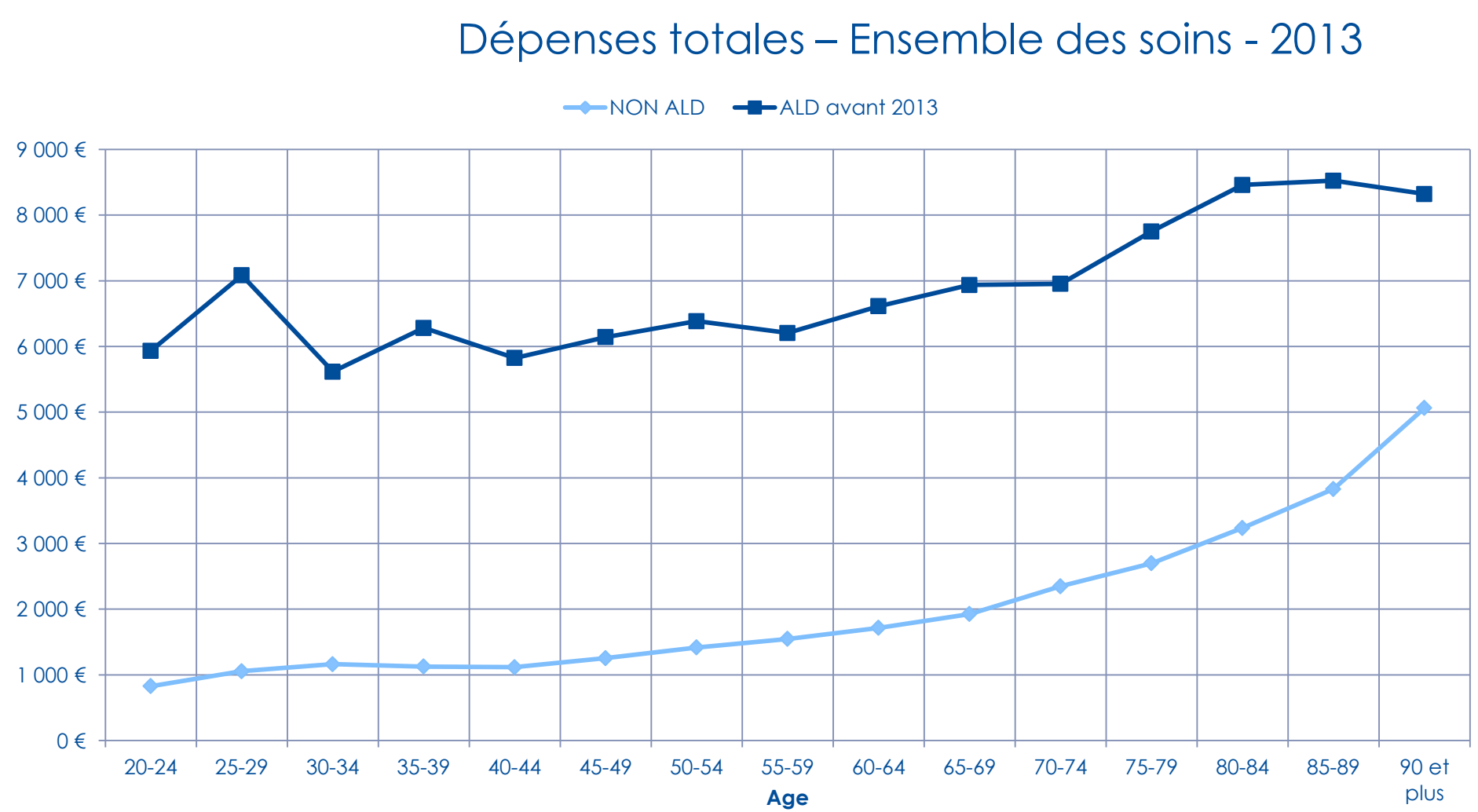
- Une efficacité globale du dispositif ALD pour réduire la corrélation entre la concentration des dépenses et des RAC*



* **après intervention de l'assurance maladie obligatoire**

Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

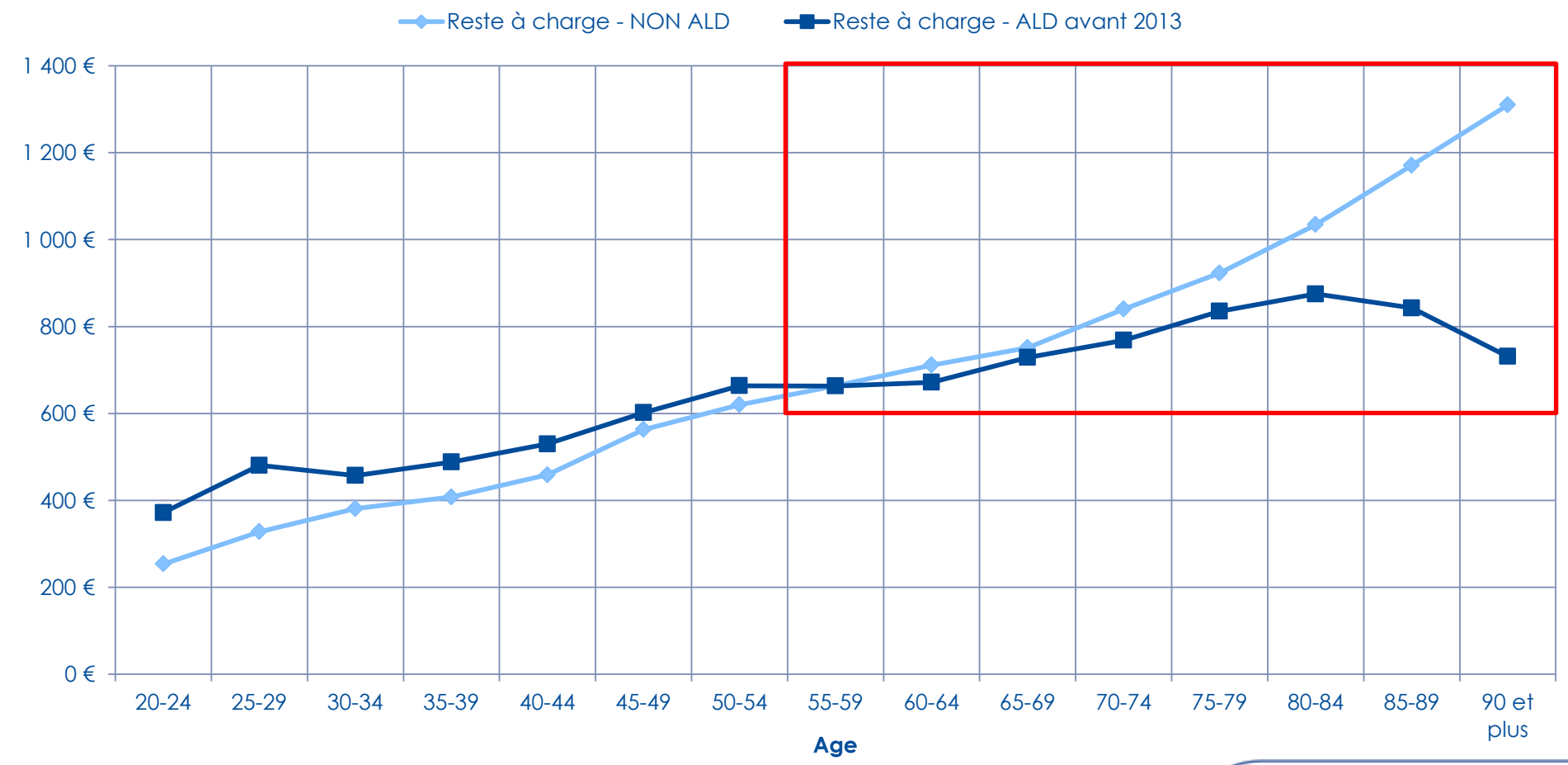
Une dépense de 1,6 à 11 fois supérieure pour les assurés en ALD en fonction de l'âge (assurés avec une dépense non nulle)



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

Inégalités de traitement entrainant un différentiel de reste à charge important aux âges élevés(assurés avec une dépense non nulle)

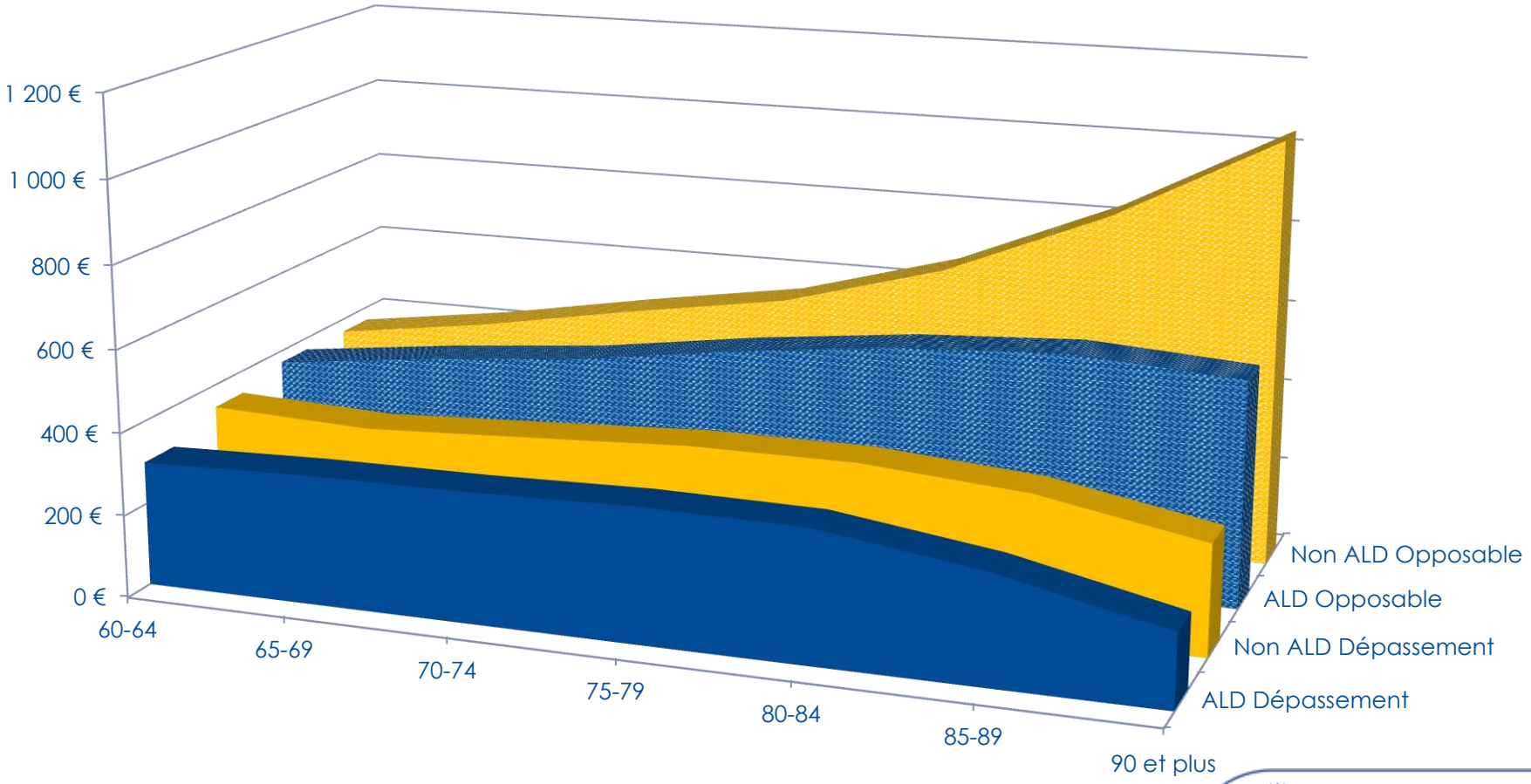
Reste à charge – Ensemble des soins - 2013



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

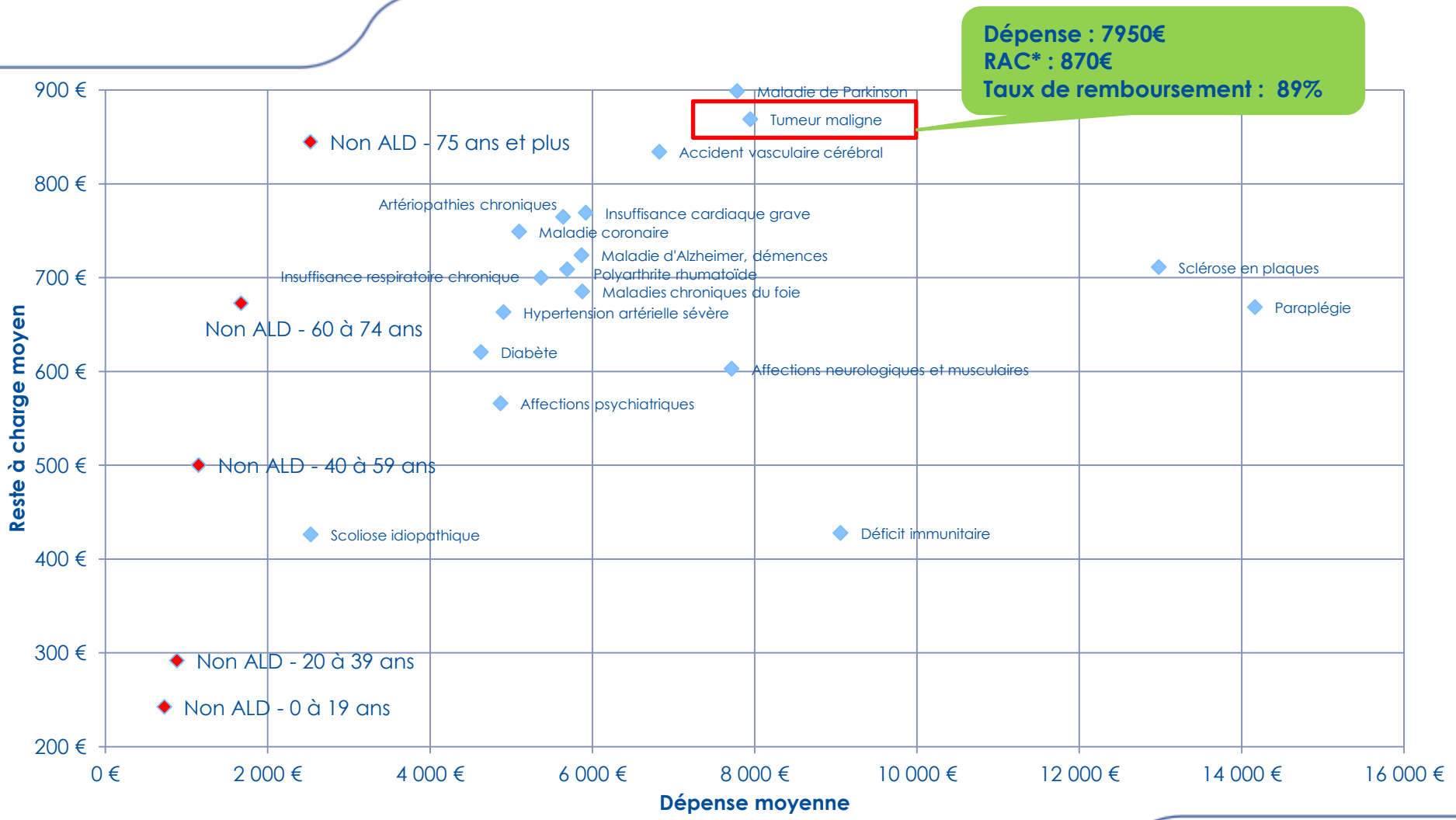
Un différentiel lié essentiellement au reste à charge opposable (assurés avec une dépense non nulle)

Reste à charge – Ensemble des soins – 60 ans et plus - 2013



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

De fortes différences de restes à charge en fonction du type d'affection de longue durée

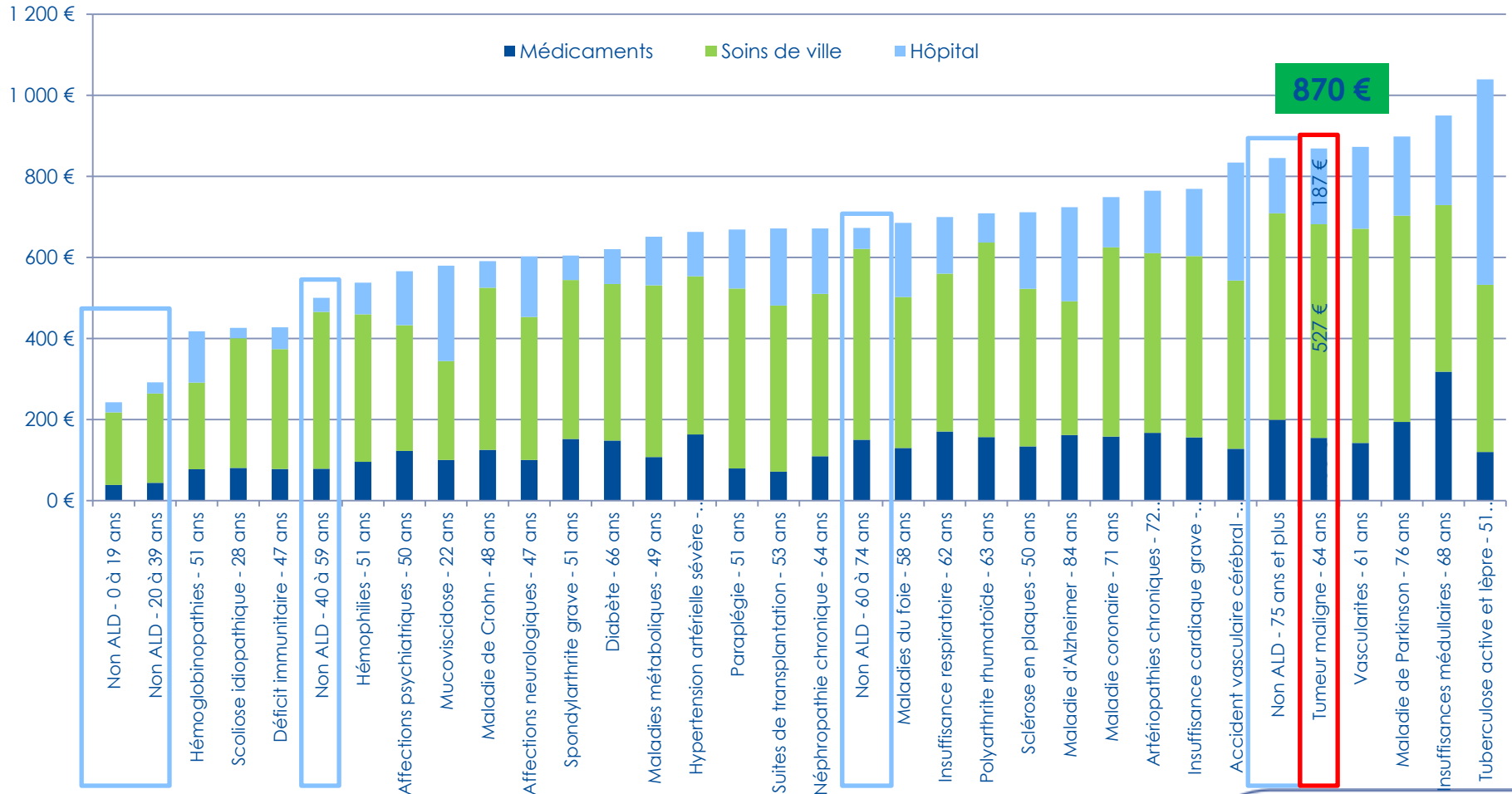


Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

* après intervention de l'assurance maladie obligatoire

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Une composition du reste à charge qui varie également en fonction du type d'ALD

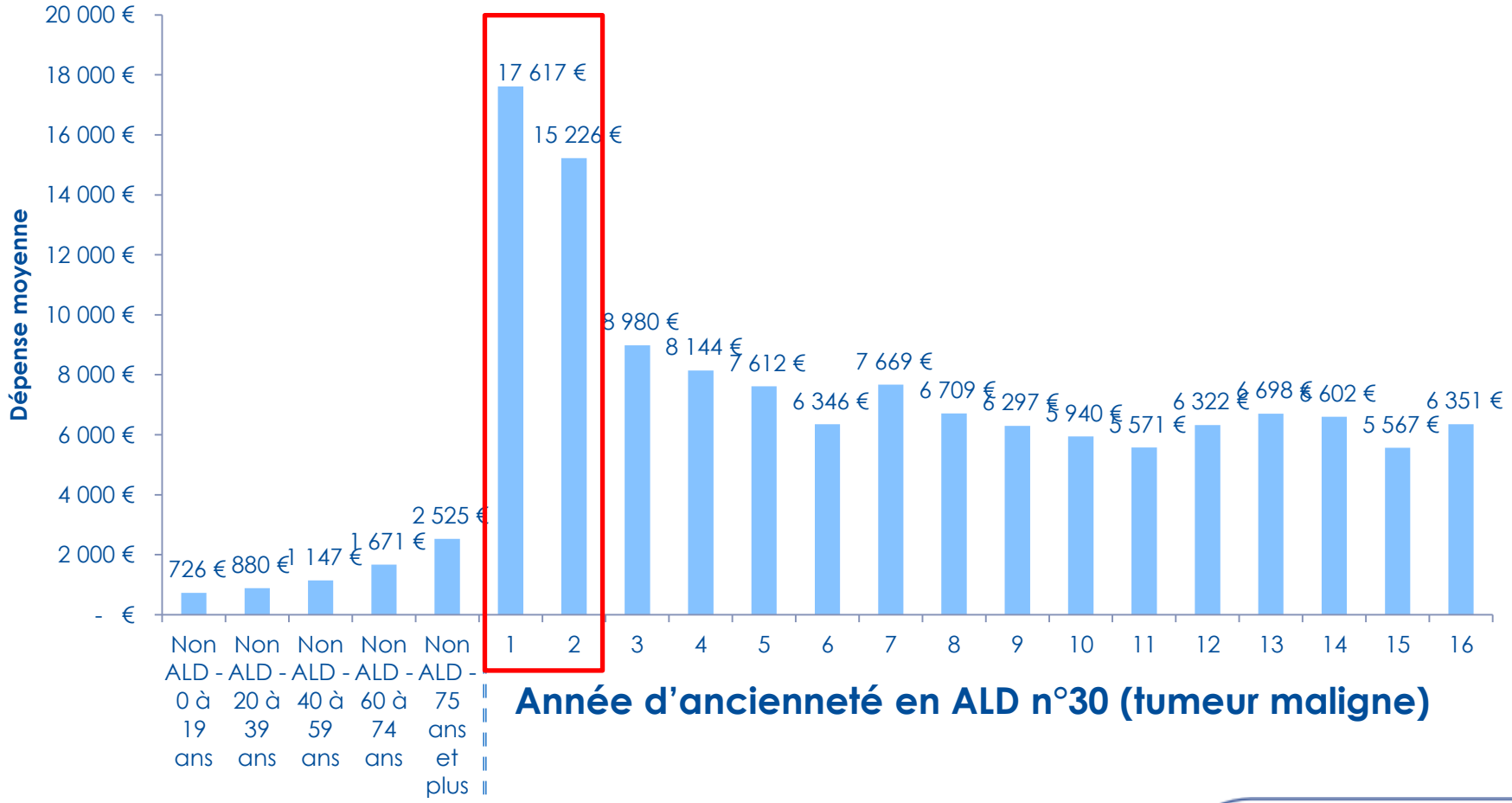


Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013 et Cartographie de la Cnamts pour l'âge moyen associé à chaque ALD autre que tumeur maligne

* après intervention de l'assurance maladie obligatoire

Une dépense moyenne très forte les deux premières années en ALD n°30 puis une dépense qui se stabilise mais qui reste élevée par rapport aux groupes comparateurs

Dépense totale de soins - 2013



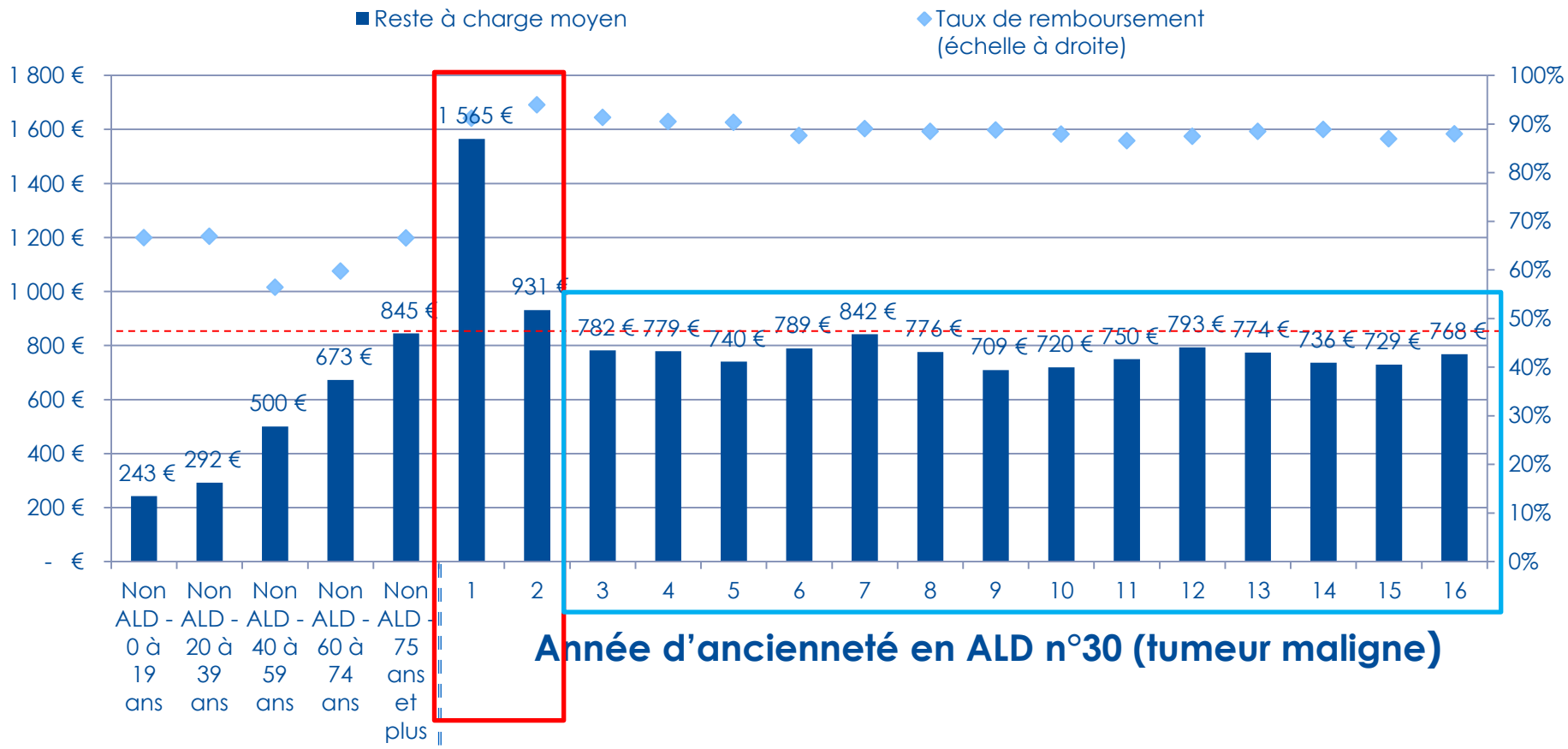
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

* après intervention de l'assurance maladie obligatoire

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Un RAC* particulièrement élevés les deux premières années en ALD « tumeurs malignes » (ALD n°30)

Reste à charge total - 2013



Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

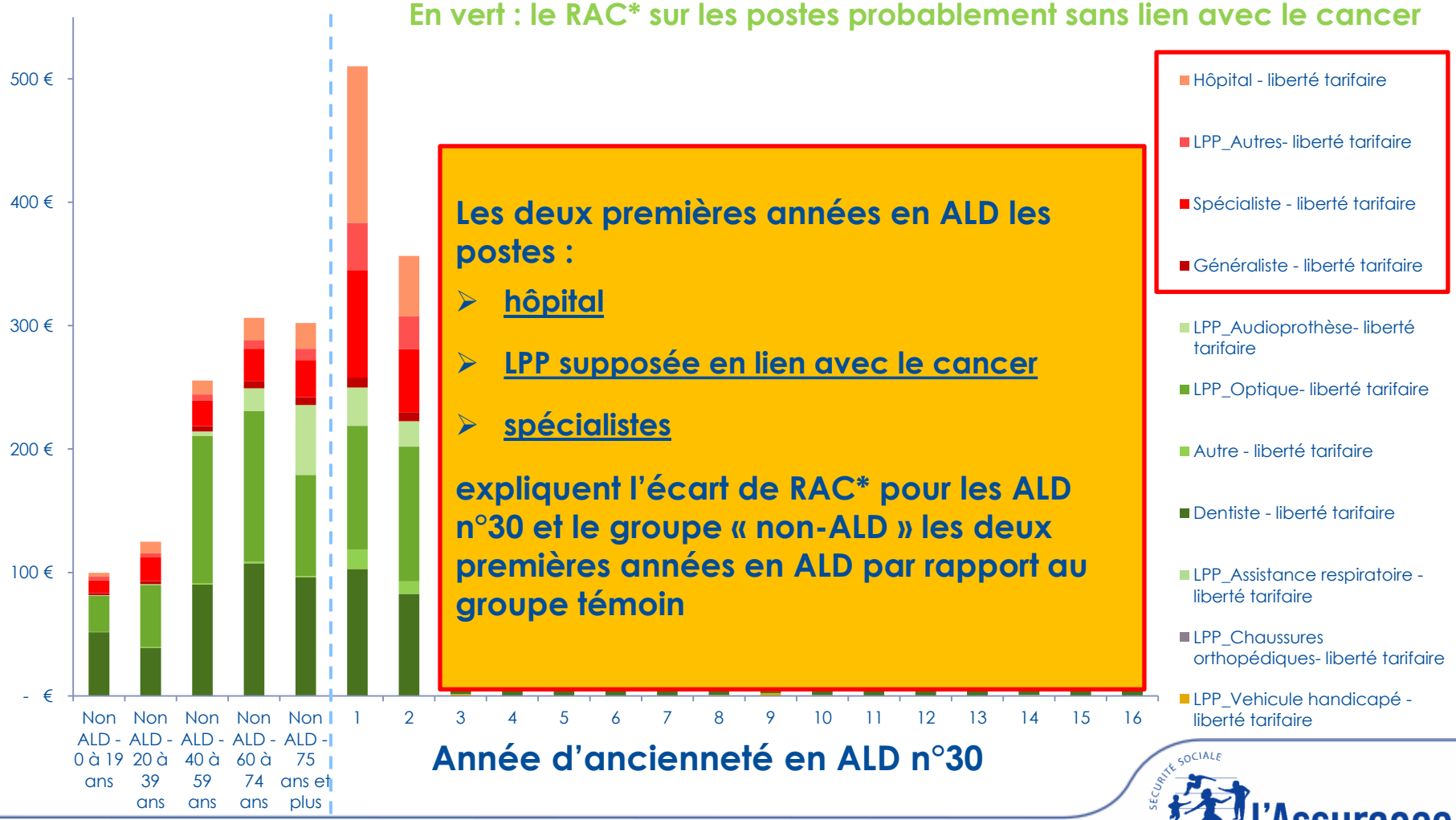
* après intervention de l'assurance maladie obligatoire

Zoom sur la liberté tarifaire :
les postes hôpital, LPP et spécialistes expliquent l'écart de RAC* pour les ALD n°30 et le groupe « non-ALD » les deux premières années en ALD

RAC* – Liberté tarifaire

En rouge : RAC* sur les postes potentiellement en lien avec le cancer

En vert : le RAC* sur les postes probablement sans lien avec le cancer



Les deux premières années en ALD les postes :

- **hôpital**
- **LPP supposée en lien avec le cancer**
- **spécialistes**

expliquent l'écart de RAC* pour les ALD n°30 et le groupe « non-ALD » les deux premières années en ALD par rapport au groupe témoin

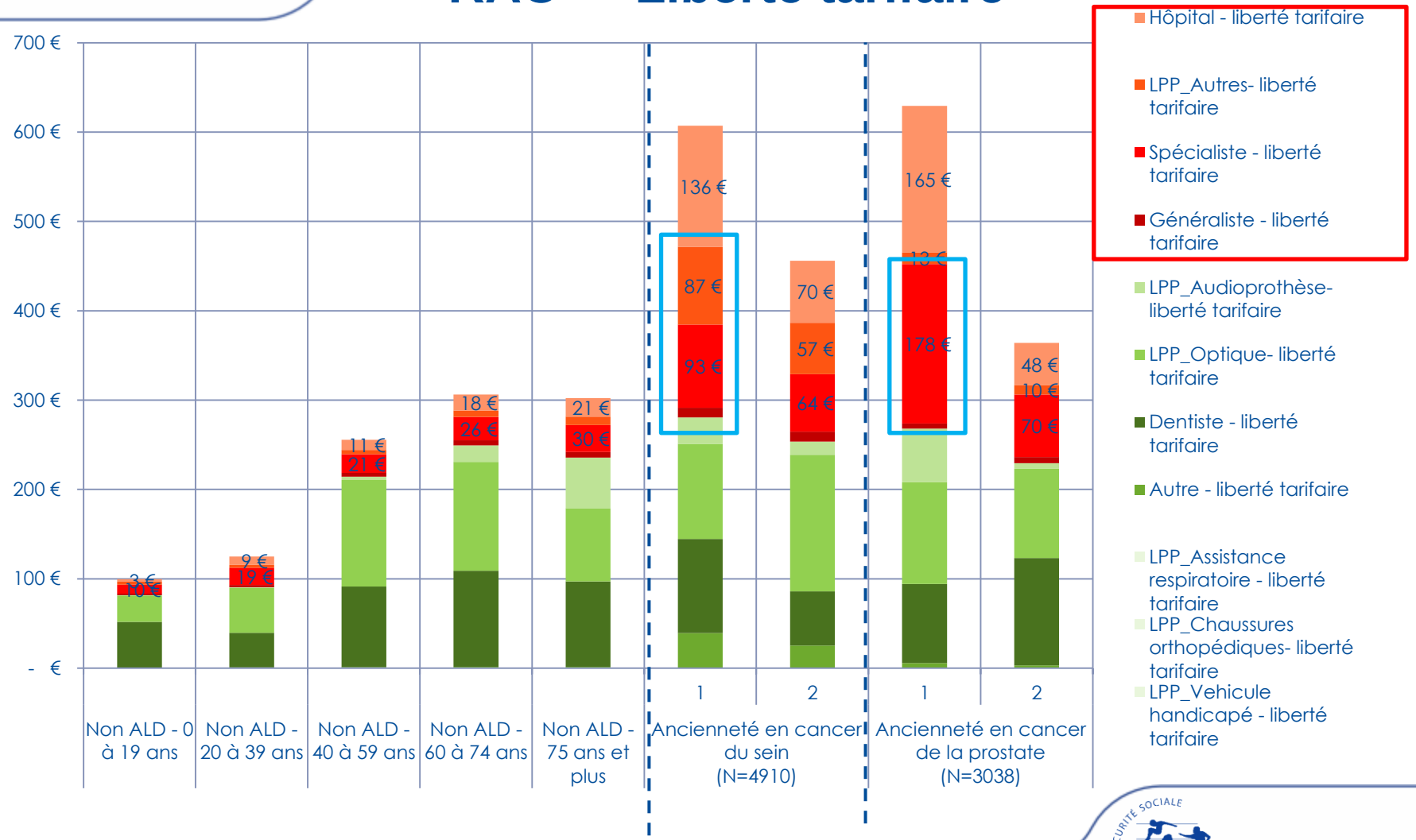
Source : SNIIRAM/EGB-PMSI, 2013

* après intervention de l'assurance maladie obligatoire

Sécurité sociale – L'Assurance Maladie – Caisse Nationale

Les deux premières années, la composition du RAC* issu de la liberté tarifaire possiblement en lien avec le cancer varie en fonction des types de cancer

RAC* – Liberté tarifaire



En rouge : RAC* sur les postes potentiellement en lien avec le cancer

En vert : le RAC* sur les postes probablement sans lien avec le cancer

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale