

Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures

En 2017, la dépense de santé des assurés bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) s'élève à 8 900 euros en moyenne, soit presque sept fois plus que pour le reste des patients. Ces assurés, qui représentent 18 % des patients, concentrent près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement.

Le dispositif ALD permet une redistribution horizontale envers les plus malades : plus de 90 % de la dépense des assurés en ALD est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), contre 67 % pour le reste des assurés. Chez les patients âgés, le montant du reste à charge moyen après AMO des assurés en ALD est comparable à celui des autres patients. Or, plus de la moitié des assurés en ALD ont plus de 65 ans et ont donc davantage de dépenses de santé, qu'elles soient relatives à leur(s) affection(s) ou non.

De fait, les assurés en ALD ont aussi des prestations sans lien avec leur(s) affection(s). Ces dernières ne correspondent qu'à hauteur de 30 % à leurs dépenses de santé, mais elles représentent presque 80 % de leur reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Elles se composent notamment de dépenses en soins dentaires, d'optique et d'aides auditives.

Malgré le dispositif ALD, pour près de 1 % de ses bénéficiaires, les RAC AMO sont encore supérieurs à 4 900 euros annuels et composés en moyenne à 70 % de dépenses sans lien avec leur(s) affection(s).

En 2017, 12,0 millions d'assurés ont une affection de longue durée¹ (ALD) en France, ce qui représente 18 % de la population des patients, dont 10,7 millions de personnes au régime général². Le dispositif des affections de longue durée vise à réduire le reste à charge (RAC) après assurance maladie obligatoire (AMO) des patients atteints d'une maladie chronique qui nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, comme par exemple une maladie cardiovasculaire ou le diabète (encadré 1). Les assurés en ALD bénéficient d'une limitation ou suppression de leur participation financière pour les soins en lien avec l'affection considérée, dans la limite d'un périmètre remboursable³. Pour la première fois, la DREES présente ici une décomposition du RAC AMO des assurés en ALD⁴ en distinguant la part liée à une ALD et la part sans lien avec une ALD. La quantification du RAC AMO permet ainsi d'appréhender les besoins en couverture complémentaire des assurés en ALD, puisque ce RAC peut ensuite être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire (AMC), qui couvre 96 % des assurés (Fouquet, 2020).

Les assurés en ALD concentrent près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement

Entre 2011 et 2016, les dépenses de santé des assurés en ALD ont augmenté à un

1. Les pathologies ouvrant droit au dispositif figurent sur une liste de 30 maladies établie par décret. L'exonération peut également être accordée pour des pathologies « hors liste » correspondant à une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave (ALD n° 31), ou en cas de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD n° 32). Les effectifs mentionnés concernent l'ensemble de ces cas.

2. Y compris les sections locales mutualistes (SLM).

3. Article L. 322-3 du Code de la Sécurité sociale.

4. Un patient peut bénéficier du dispositif d'affection de longue durée au titre de plusieurs pathologies (« poly-ALD »).

ENCADRÉ 1

Définitions et mesure de la dépense de santé et du reste à charge

La dépense de santé retenue dans cette étude correspond à la dépense remboursable et présentée au remboursement à l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ainsi, les dépenses de santé non remboursables ou non présentées aux remboursements sont exclues (par exemple les médicaments non remboursables ou les consultations chez un médecin non conventionné). Le montant de la dépense ici considéré est cohérent avec celui présenté dans les Comptes de la Santé (Gonzalez et al., 2018) pour le champ des dépenses de santé remboursables et présentées au remboursement, hors contrats des médecins et en prenant en compte les recettes pour le secteur public hospitalier (encadré 3).

Toute dépense remboursable et présentée au remboursement se compose d'une part remboursée par l'AMO et d'un reste à charge après AMO facturé au patient ou à son organisme complémentaire. La participation de l'AMO ici définie inclut la part légale prise en charge par l'AMO en fonction des tarifs de conventionnement ainsi que les parts supplémentaires prises en charge par les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État, ou organismes assurant les remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C]¹, de l'aide médicale d'État, des soins urgents, ainsi que des soins pour les détenus). Le RAC AMO se compose d'une part dite « opposable » comprenant les participations financières instaurées par la Sécurité sociale (c'est-à-dire le ticket modérateur et les participations forfaitaires, dont le montant cumulé correspond à l'écart entre la base des tarifs de conventionnement et

le remboursement de l'AMO), et d'une part de liberté tarifaire, composée des dépassements d'honoraires et des tarifs libres sur certains produits ou actes (notamment en optique, pour les aides auditives et pour les soins prothétiques dentaires).

En 2017, 96 % des assurés disposaient d'une couverture complémentaire (Fouquet, 2020). La quasi-totalité des contrats proposés par les organismes complémentaires santé sont dits « responsables » et prennent en charge le RAC opposable, sauf pour les frais de cures thermales, l'homéopathie et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour les franchises et participations forfaitaires². En revanche, le remboursement des dépassements d'honoraires est variable d'un contrat à l'autre, même s'il est encadré pour certaines dépenses de soins. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée³ est limitée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale et doit nécessairement être au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ces dispositifs. Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée depuis 2015 par des plafonds et des plannings différents en fonction du niveau de correction nécessaire.

L'analyse porte ici sur l'année 2017 et n'intègre donc pas les effets de la réforme du 100 % santé, qui fixe des prix limite de vente sur les biens du panier 100 % en santé en optique, dentaire et aides auditives.

1. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019).
2. Hors participation forfaitaire pour actes médicaux lourds à l'hôpital qui peut être prise en charge par l'AMC.
3. Ces dispositifs sont ceux prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique [OPTAM-CO] depuis la convention médicale du 25 août 2016).

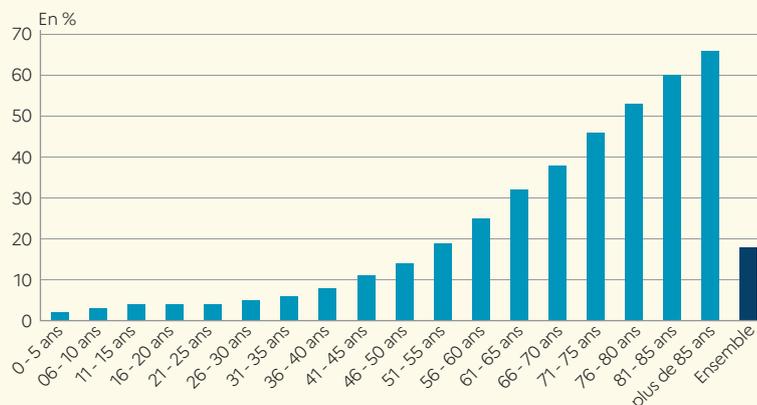
rythme plus soutenu que l'ensemble des dépenses de santé, en raison notamment du vieillissement de la population (Grangier, 2018). En 2017, les 18 % d'assurés en ALD concentrent à eux seuls près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement, avec de forts contrastes par âge. Pour les moins de 45 ans, les assurés en ALD représentent 5 % des assurés et un peu plus de 30 % de la dépense totale de cette classe d'âge. Pour les plus de 45 ans, ces parts correspondent à 34 % des assurés et à 70 % de la dépense de cette classe d'âge, et pour les plus de 85 ans, à 66 % des assurés et à 80 % de la dépense de cette classe d'âge. Ces chiffres reflètent la surreprésentation des seniors parmi les assurés en ALD (graphique 1) ainsi que la dépense plus importante en soins et biens médicaux des assurés en ALD à âge donné (graphique 2). La dépense moyenne des assurés en ALD fluctue selon les âges entre 7 800 et 10 600 euros. Elle est beaucoup plus stable par âge qu'elle ne l'est pour les autres assurés, pour lesquels elle est au contraire nettement croissante (celle des plus de 85 ans est plus de cinq fois supérieure à celle des 50 ans ou moins

chez les patients qui ne sont pas bénéficiaires du dispositif ALD). La dépense de santé des assurés en ALD s'élève à 8 900 euros en moyenne,

soit près de sept fois plus que pour le reste de la population. Ces différences de dépenses de santé sont plus marquées chez les plus jeunes : la dépense

GRAPHIQUE 1

Part des assurés avec une affection de longue durée par âge



Lecture - En 2017, 11 % des 41-45 ans ont une affection de longue durée, contre 60 % des 81-85 ans.
Champ - Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public.
Sources - DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

moyenne des assurés en ALD est plus de sept fois supérieure à celle des autres patients de moins de 65 ans, mais seulement trois fois supérieure pour les plus de 65 ans.

Une meilleure prise en charge des dépenses des assurés en ALD par l'assurance maladie obligatoire

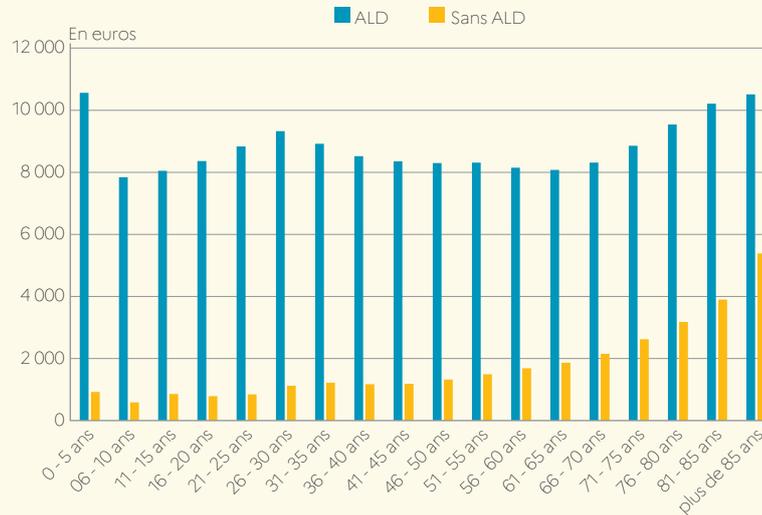
Les assurés en ALD bénéficient d'une meilleure prise en charge de leurs dépenses de santé remboursables : elle s'élève à 91 % contre 67 % pour le reste des assurés. Ce résultat n'est pas surprenant : le dispositif ALD vise précisément à augmenter la prise en charge par l'AMO des soins directement liés à l'affection (encadré 2). Cependant, la prise en charge diffère sensiblement pour les prestations en ville et en établissements de santé : l'AMO couvre 96 % des dépenses en établissements de santé des patients en ALD et 86 % de leurs dépenses en ville, contre respectivement 90 % et 56 % pour les patients sans ALD. La part du RAC AMO des patients en ALD est ainsi presque quatre fois plus faible que celui des autres patients (9 % de la dépense des patients en ALD contre 33 %). Le système de santé et, plus spécifiquement, le dispositif ALD permet donc une forte redistribution horizontale⁵ envers les plus malades.

Près de 80 % du RAC AMO des patients en ALD n'est pas lié à leur(s) affection(s)

Les prestations sans lien avec une ALD représentent environ 30 % de la dépense totale des patients en ALD, mais elles constituent près de 80 % de leur RAC AMO (encadré 3). La dépense sans lien avec une ALD est remboursée par l'assurance maladie selon les tarifs usuels. Comme pour le reste de la population, les postes de soins dentaires, d'optique et d'aides auditives ont un poids beaucoup plus marqué dans le RAC AMO que dans la dépense. Pour ces postes, la quasi-totalité du RAC AMO des assurés en ALD n'est pas liée à leur(s) affection(s). Ils représentent à eux seuls seulement 11 % des dépenses sans lien avec une ALD (graphique 3a), mais près de 40 % du RAC sans lien avec une ALD (graphique 3b). Cela s'explique par la liberté tarifaire, non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire : pour les soins dentaires, d'optique et d'aides auditives, elle représente environ 90 % du RAC AMO total des patients en

GRAPHIQUE 2

Dépenses de santé annuelle moyenne par statut ALD et par âge



Note • La dépense moyenne est calculée en fonction de la population des consommateurs (c'est-à-dire des assurés qui ont consommé des soins ou biens médicaux en 2017) de chaque catégorie d'âge.

Lecture • En 2017, les 41-45 ans ont une dépense de santé de 8 360 euros en moyenne s'ils ont une ALD et de 1 190 euros sinon.

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

ENCADRÉ 2

Participation aux soins des assurés en ALD

En soins de ville, les assurés en ALD restent redevables pour les soins liés à leur affection de :

- la participation forfaitaire de 1 euro qui s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi qu'aux examens radiologiques et analyses de biologie médicale. Elle ne concerne que les patients de plus de 18 ans et est plafonnée à 50 euros par an et par assuré ;
- la franchise médicale qui s'applique aux boîtes de médicaments (0,50 euros), aux actes médicaux (0,50 euros) et au transport (2 euros). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré ;
- les éventuels dépassements d'honoraires et la liberté tarifaire.

En établissements de santé, les assurés en ALD ne paient ni le ticket modérateur, ni le ticket modérateur forfaitaire (en cas d'actes lourds ou coûteux), mais ils restent redevables du forfait journalier hospitalier qui couvre les frais d'hébergement, et dont le montant est de 20 euros par jour d'hospitalisation en MCO et SSR et de 15 euros en psychiatrie depuis 2020 (en 2017, ces montants s'élevaient à 18 et 13,50 euros). Cette participation n'est pas plafonnée et peut atteindre des montants importants pour de longues hospitalisations. Elle fait cependant partie du RAC opposable pris en charge par l'ensemble des contrats complémentaires responsables.

ALD ou non. La réforme du 100 % santé, progressivement mise en œuvre depuis janvier 2019, vise justement à limiter les dépassements sur ces trois postes, pour les biens compris dans les paniers 100 % santé⁶.

Bien que les dépenses liées à une ALD soient prises en charge à 100 % de la base de remboursement par l'assurance maladie, le RAC AMO lié à une ALD

n'est pas nul. Il représente 20 % du RAC AMO total, car les franchises médicales, les participations forfaitaires, le forfait journalier hospitalier, les dépassements d'honoraires et la liberté tarifaire restent à la charge du patient ou de son assurance complémentaire (encadré 2). Ainsi, 3 % des dépenses liées à une ALD ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

5. À la différence de la redistribution verticale qui s'opère entre ménages de revenu ou niveau de vie différents, la redistribution horizontale correspond à des transferts entre des individus qui n'ont pas la même exposition à un risque social : entre malades et bien portants, entre ménage avec et sans enfants, avec ou sans emploi, entre retraités et actifs, etc.

6. Les paniers de soins « 100 % santé » en optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires sont composés d'équipements répondant aux besoins de santé des assurés et à des exigences de qualité. Leurs tarifs sont encadrés par des prix limites de vente applicables aux professionnels. Les équipements « 100 % santé » bénéficieront d'une prise en charge accrue par l'AMO (et sont inclus dans le panier associé à la complémentaire santé solidaire). Les contrats responsables devront couvrir intégralement leur prix afin de garantir l'absence de reste à charge.

La composition de la dépense moyenne liée à une ALD varie selon le type d'affections. Ainsi, pour les personnes dont l'ALD est le diabète, un peu moins de 40 % de cette dépense est effectuée en établissements de santé, contre 70 % pour les

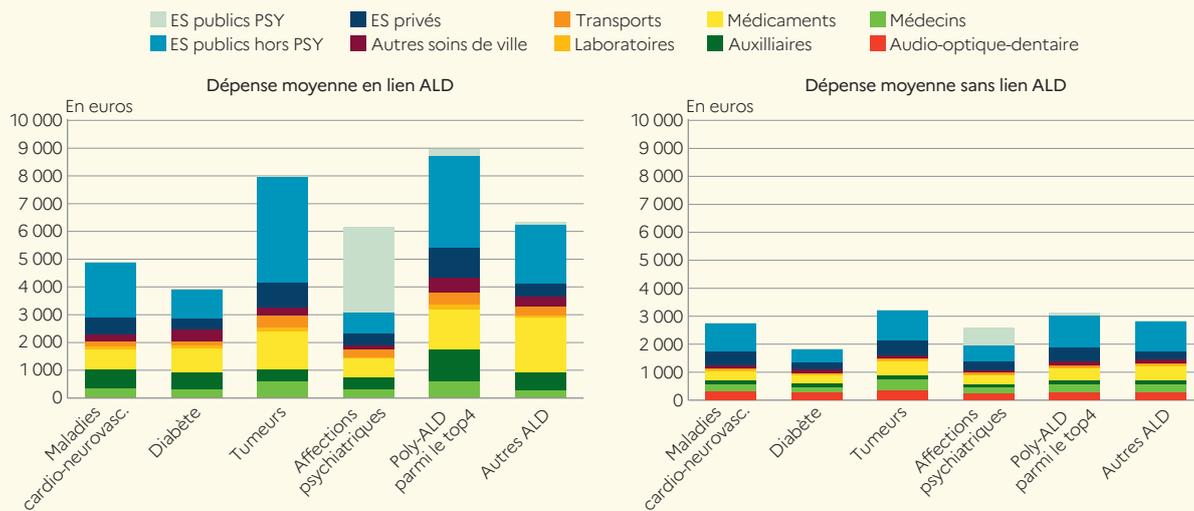
personnes souffrant d'affections psychiatriques (encadré 4). Les médicaments occupent aussi une place importante dans cette dépense : elle est comprise entre 11 % pour les affections psychiatriques et 31 % pour les autres ALD.

Chez les plus âgés, des RAC AMO pour les assurés en ALD comparables à ceux des autres patients

Malgré la meilleure prise en charge des dépenses de santé remboursables pour

GRAPHIQUE 3 a

Composition de la dépense de santé moyenne liée ou non à une ALD, par groupe d'ALD



ES : établissement de santé ; RAC AMO : reste à charge après assurance maladie obligatoire.

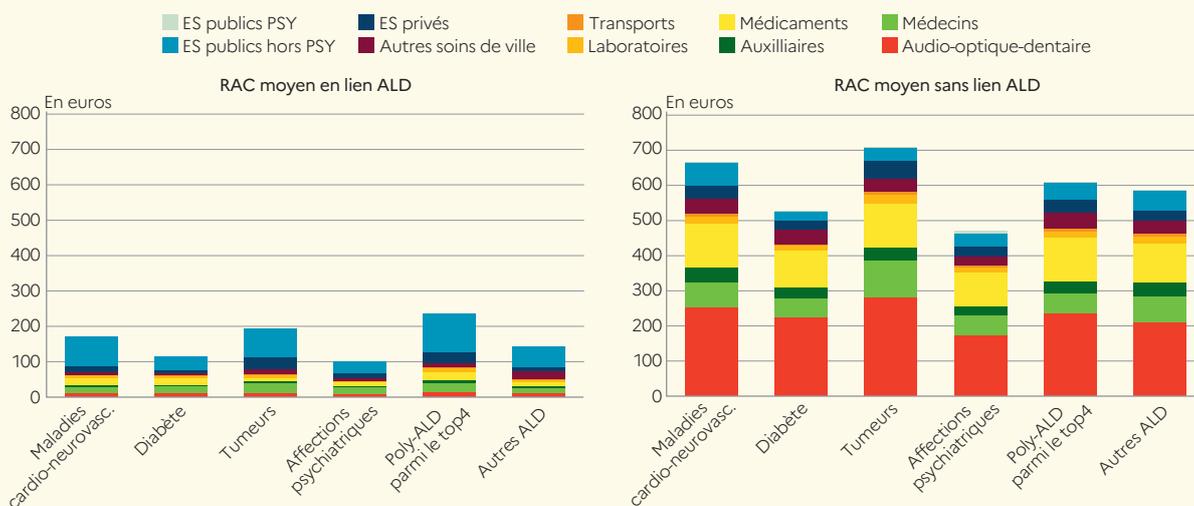
Lecture > Les assurés en ALD pour diabète ont une dépense moyenne liée à cette ALD de 3 920 euros environ, et sans lien avec celle-ci de 1 840 euros.

Champ > Population des consommateurs de soins, bénéficiaires du dispositif ALD, affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public. Pour les regroupements des ALD (encadré 4).

Sources > DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

GRAPHIQUE 3 b

Composition du RAC AMO moyen lié ou non à une ALD par groupe d'ALD



ES : établissement de santé ; RAC AMO : reste à charge assurance maladie obligatoire.

Lecture > Les assurés en ALD pour diabète ont un RAC AMO sur les dépenses liées à l'ALD de 120 euros en moyenne, et sans lien avec l'ALD de 530 euros, dont 230 euros environ pour le poste aides auditives, optique et dentaire.

Champ > Population des consommateurs de soins, bénéficiaires du dispositif ALD, affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public. Pour les regroupements des ALD (encadré 4).

Sources > DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

les assurés en ALD, le montant du RAC AMO des patients en ALD reste plus élevé que celui des autres patients : il est en moyenne de 180 euros en établissements de santé et de 600 euros en ville pour les premiers, contre respectivement 40 euros et 390 euros pour les seconds. La différence entre ces montants moyens est pour l'essentiel liée à l'âge moyen plus élevé des assurés en ALD. En effet, le RAC AMO est plus élevé chez les plus âgés, qu'ils bénéficient ou non de l'ALD (graphique 4).

En revanche, à âge donné, les RAC AMO moyens des assurés en ALD et des autres assurés sont relativement plus proches, et ce particulièrement chez les seniors⁷.

Pour 1 % des assurés en ALD, le RAC AMO dépasse 4 900 euros annuels

Malgré le dispositif ALD, ses bénéficiaires peuvent être exposés à des RAC extrêmes dus, pour l'essentiel, à des dépenses non prises en charge au titre de l'ALD. Ainsi, 1 % des assurés en ALD

sont exposés à des RAC AMO de plus de 4 900 euros, atteignant 7 100 euros en moyenne, dont près de la moitié correspond à des dépassements d'honoraires. Près de 70 % de ce RAC AMO provient de dépenses qui ne sont pas liées à une ALD (graphique 5). La population concernée compte essentiellement des personnes âgées : trois quarts d'entre elles ont plus de 61 ans et la moitié a plus de 74 ans.

À titre de comparaison, 1 % des patients, avec ou sans ALD, aux RAC AMO les plus

•••
7. Les effectifs de patients en ALD sont plus réduits dans les classes d'âge inférieures à 55 ans (graphique 1). Les écarts de RAC AMO moyens dans ces classes d'âge entre patients avec et sans ALD s'expliquent par des différences de recours aux soins (avec ou sans lien avec une ALD), et donc de dépenses, nettement plus marquées chez les plus jeunes.

ENCADRÉ 3

Sources et champ de l'étude

Les données utilisées pour cette étude concernent l'année 2017 et proviennent du Système national des données de santé (SNDS). Elles sont issues d'une exploitation inédite de l'appariement entre le Datamart de consommation inter-régime simplifié (DCIRS), géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le DCIRS contient des informations sur les soins présentés au remboursement en ville ou en établissements de santé privés, pour l'ensemble des bénéficiaires des différents régimes d'assurance maladie (hors Sénat et Assemblée nationale). Le PMSI fournit une description médico-économique des soins hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie (PSY). Dans cette étude, les informations sur les soins à l'hôpital public ont été extraites du PMSI ; celles sur les soins en établissements de santé privés ont été extraites du DCIRS.

Le champ retenu pour les postes de soins est le plus exhaustif possible. Il couvre les dépenses remboursables et présentées au remboursement, réalisées en 2017, en ville, au cours d'un séjour à l'hôpital public ou en établissement de santé privé. Ainsi, la population d'étude est limitée aux assurés ayant consommé au moins une fois des soins sur le territoire français en 2017. Les « consommateurs » et les statistiques présentées sont individuelles, c'est-à-dire qu'elles sont calculées à partir des données de chaque patient ayant consommé des soins remboursables au moins une fois au cours de l'année, et non « par tête » où un montant agrégé serait

divisé par une population totale, comprenant des consommateurs et des non-consommateurs.

Les dépenses et les restes à charge sont analysés pour une année donnée, pour les différentes classes d'âge. L'analyse par âge comprend donc également des différences entre générations et ne peut s'interpréter directement comme une évolution sur le cycle de vie.

Les dépenses non directement individualisables sont exclues de l'analyse. Il s'agit notamment de celles associées à la rémunération des médecins libéraux sur objectifs de santé publique, qui ne peuvent pas être directement affectées à un bénéficiaire spécifique. Pour les patients du champ médico-social, qui incluent notamment les personnes handicapées ou âgées en établissements spécialisés, les dépenses incluses dans les forfaits de soins de ces établissements médico-sociaux ne sont pas prises en compte, car elles ne sont que partiellement renseignées dans le SNDS. Les montants des dépenses dans cette base appariée sont comparables à ceux présentés dans les Comptes de la santé (sur le champ du « remboursable et présenté au remboursement » et des « dépenses directement individualisables » [Gonzalez *et al.*, (2018)] pour les soins de ville et les soins en établissements privés, mais pas pour les soins hospitaliers publics). En effet, les Comptes de la santé suivent les règles de comptabilité nationale harmonisée au niveau européen qui précisent que les services non marchands, tels que les soins hospitaliers publics, sont à valoriser aux coûts des facteurs (masse salariale, achat de médicaments, etc.). Cette valorisation diffère de la valorisation enregistrée par l'AMO, qui correspond aux recettes des établissements.

ENCADRÉ 4

Précisions sur les groupes de pathologies ouvrant droit à l'ALD

Les quatre groupes de pathologies les plus fréquentes ouvrant droit au dispositif d'ALD sont :

- les maladies cardio-neurovasculaires : regroupement des ALD n° 1 (accident vasculaire cérébral invalidant), n° 3 (artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques), n° 5 (insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves), n° 12 (hypertension artérielle sévère)¹ et n° 13 (maladie coronaire). Elles concernent environ 35 % des assurés au régime général en ALD (RG) en 2017² ;
- le diabète (25 % des ALD au régime général [RG]) (ALD n° 8) ;
- les tumeurs malignes (20 % des ALD au RG) (ALD n° 30) ;
- les affections psychiatriques de longues durées (13 % des ALD au RG) (ALD n° 23).

Les groupes de pathologies décrits ci-dessus ne sont pas mutuellement exclusifs : un patient peut être classé dans deux groupes différents. Les effectifs sont issus des tableaux de prévalence de la CNAM.

Dans la présente étude, les assurés en ALD ont été classés en fonction de leur appartenance aux catégories d'ALD majoritaires. Pour attribuer chaque assuré à une catégorie unique, les assurés étant dans une seule de ces catégories sont classés dans le groupe correspondant, tandis que ceux étant dans au moins deux catégories sont classés dans le groupe nommé « poly-ALD parmi le top 4 ». Le reste des assurés en ALD sont classés parmi le groupe des « autres ALD ». Une dépense est considérée en lien avec une ALD lorsque le motif d'exonération dépend d'une des affections du patient s'il en a plusieurs ou de son affection s'il n'en a qu'une, pour la prestation considérée.

1. Le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 supprime l'hypertension artérielle sévère (anciennement ALD n° 12) de la liste des ALD. Les patients admis en ALD n° 12 avant cette date peuvent toutefois continuer à en bénéficier.

2. Ce regroupement des ALD pour les maladies cardio-neurovasculaires est repris de l'étude de la CNAM (rapports charges et produits de 2017).

élevés est exposé à des RAC AMO de plus de 3 700 euros, atteignant 5 400 euros en moyenne (Adjerad et Courtejoie, 2020). Les RAC AMO plus élevés chez les patients en ALD sont encore une fois principalement liés à un effet de structure d'âge, étant donné que les seniors sont surreprésentés parmi les patients en ALD aux RAC AMO les plus élevés.

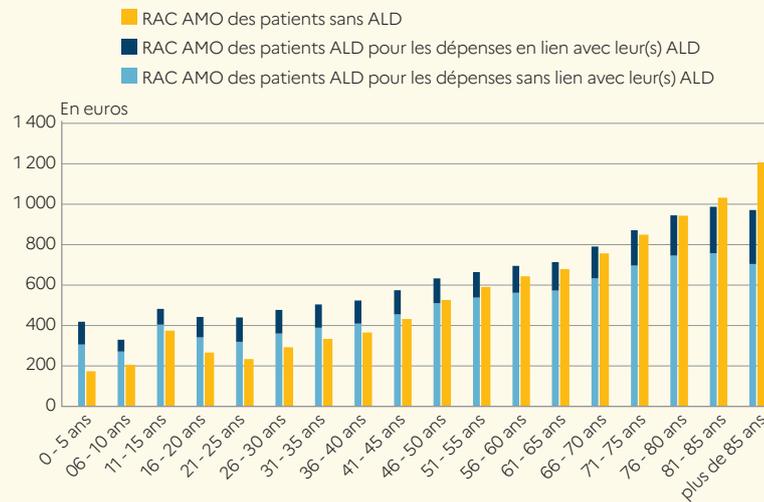
La couverture par une assurance maladie complémentaire pourrait pallier ces RAC AMO élevés, issus principalement de soins sans lien avec des ALD. En effet, bien que le dispositif ALD permette une très bonne prise en charge par l'AMO des dépenses au titre de l'ALD, les dépenses qui ne lui sont pas liées restent remboursées aux taux usuels. Les contrats responsables proposés par les organismes complémentaires couvrent tous la partie opposable du RAC AMO (encadré 1). Cependant, pour le dernier centième de distribution du RAC AMO, c'est la liberté tarifaire qui pèse particulièrement sur le RAC AMO de certains postes, notamment pour l'optique, le dentaire et les aides auditives, qui constituent une large part du RAC AMO sans lien avec une ALD. Les organismes complémentaires jouent un rôle important dans le remboursement de ces dépenses : ils financent 73 % de la dépense en optique et 41 % des soins dentaires en 2017 (Gonzalez et al., 2018). À l'échelle individuelle, la prise en charge liée à cette liberté tarifaire peut fortement varier selon le contrat de complémentaire santé souscrit par le patient.

Le dispositif ALD facilite l'accès financier aux soins

Comme évoqué précédemment, le dispositif ALD est une couverture collective des risques associés à des soins récurrents et coûteux. Il traduit une solidarité au sein des assurés de l'AMO à destination de ceux souffrant de maladies chroniques, en pratique le plus souvent des moins âgés vers les plus âgés. En neutralisant fortement les RAC AMO les plus élevés, le dispositif ALD permet de faciliter l'accès financier aux soins pour les personnes non couvertes par une complémentaire santé. Ce dispositif ne suffit pourtant pas à couvrir l'ensemble des dépenses des patients en ALD. Ceux-ci sont donc autant que les autres exposés au besoin de couverture par une complémentaire santé. Le fait d'être en ALD reste malgré tout un motif de non-recours à la complémentaire santé : 8 % des personnes non couvertes déclarent que l'essentiel

GRAPHIQUE 4

Reste à charge annuel moyen après AMO par âge et par statut d'ALD



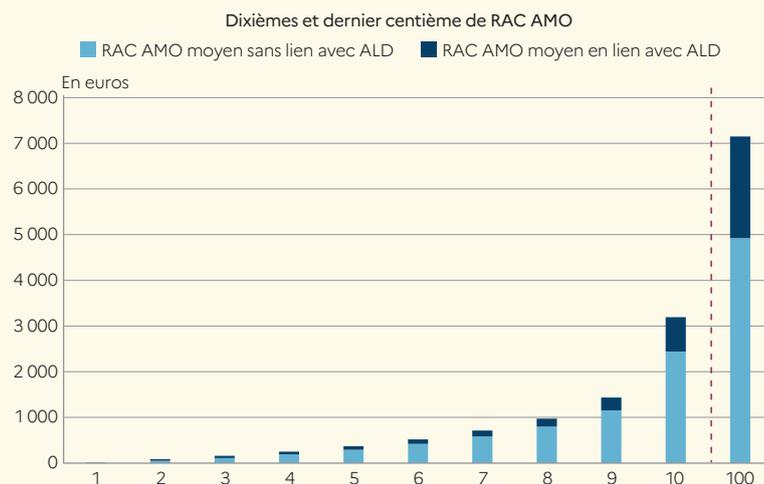
Lecture • En 2017, le RAC AMO moyen des 66-70 ans atteint 760 euros pour les patients sans ALD, et 790 euros pour les patients en ALD, dont 160 euros pour des dépenses en lien avec leur(s) affection(s) et 630 euros pour des dépenses sans lien avec leur(s) affection(s).

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

GRAPHIQUE 5

Distribution des RAC AMO avec ou sans lien avec une ALD, pour les assurés en ALD



Note • Les bornes arrondies des déciles sont les suivantes : 55, 120, 200, 305, 440, 610, 825, 1 150, 1 820 euros. La borne inférieure du centile supérieure est environ de 4 905 euros. Cela signifie que les 10 % de patients en ALD aux RAC AMO les plus faibles ont un RAC AMO inférieur à 55 euros, et que le centième des patients en ALD aux RAC AMO les plus élevés ont un RAC AMO supérieur à 4 905 euros.

Lecture • Les 10 % de patients en ALD aux RAC AMO les plus élevés ont un RAC AMO de 3 190 euros en moyenne, dont 2 440 euros sans lien avec une ALD et 750 euros en lien avec une ALD.

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

de leurs besoins de soins sont couverts par le dispositif ALD (Fouquet, 2020).

La prise en charge des risques les plus élevés par l'AMO dans le cadre de l'ALD rend le risque plus facilement assurable par les complémentaires santé en rédui-

sant les écarts de RAC AMO entre assurés avec et sans ALD. À cet égard, le taux de couverture par une complémentaire santé est comparable chez les assurés avec et sans ALD (Perronnin, 2018). En complément, le dispositif ALD limite la

hausse du RAC AMO avec l'âge. Il permet ainsi indirectement de réduire l'augmentation des tarifs avec l'âge sur le marché des complémentaires, l'âge étant un critère d'évaluation du risque dans les contrats proposés. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge obligatoire après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- **Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., Legal, R.** (dir), **Lapinte, A., Pollak, C.** (coord) (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **Chastaing, M., Gautier, A.** (2019). Les maladies chroniques. *Rapport du CESE n° 2019-14*.
- **CNAM** (2018, 2019). Rapports activité, charge et produits.
- **CNAM** (2016). Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005. *Point de repère*, 46.
- **Fouquet M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.
- **Franc, C., Pierre, A.** (2016). Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 217.
- **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., et al.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **Grangier, J.** (2018, septembre). Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES, *Études et Résultats*, 1077.
- **PLFSS** (2019). Programme de qualité et d'efficience « Maladie ».
- **Perronnin, M., Louvel, A.** (2018). La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1048.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition :

Muriel Moisy

Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :

drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve

de la mention des sources • ISSN

électronique 1146-9129 • AIP 0001384



La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.