

## Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie

En 2016, sur le champ des dépenses remboursables, les restes à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) sont les plus faibles en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), qui concentre à elle seule plus des trois quarts des dépenses de séjours hospitaliers, et en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le secteur public, les RAC AMO sont en moyenne de 290 euros par an et par patient pour des séjours en MCO et en HAD, alors qu'ils atteignent 680 euros en moyenne en soins de suite et de réadaptation (SSR), et 620 euros en psychiatrie. En pourcentage de la dépense, ils sont globalement moins élevés dans le public que dans le privé (5 % contre 8 %).

Dans le public, les RAC AMO sont composés pour l'essentiel du ticket modérateur (participation du patient aux prestations de soins) en MCO et HAD, et du forfait journalier (participation du patient aux frais d'hébergement) en psychiatrie et SSR.

Les nombreux motifs d'exonération du ticket modérateur permettent globalement de réduire le coût des RAC AMO en MCO et HAD. Néanmoins, on observe des RAC extrêmes, et les patients hospitalisés concernés présentent à la fois un niveau de dépense particulièrement élevé et une moins bonne prise en charge de ces dépenses. Sur un an, près d'un patient hospitalisé dans le secteur public sur dix présente un RAC AMO de plus de 1 000 euros. Certains RAC AMO sont notamment élevés en psychiatrie et en SSR, où les séjours longs à temps complet sont particulièrement fréquents, parce que les cas d'exonération du forfait journalier sont moins nombreux et que ce dernier n'est pas plafonné.

Raphaële Adjerad et Noémie Courtejoie (DREES)

En 2016, d'après les comptes de la santé, les dépenses hospitalières représentent 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), pour un montant total de 71,2 milliards d'euros dans les établissements de santé publics et de 21,1 milliards d'euros dans les établissements privés (Gonzalez *et al.*, 2020). La Sécurité sociale, l'État et les organismes de base gérant la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) prennent en charge près de 93 % de la CSBM à l'hôpital, contre près de 67 % pour les soins de ville (Beffy *et al.*, 2017). Malgré ce haut niveau de prise en charge, dans le public par exemple, 9 % des patients ayant eu au moins un séjour hospitalier, soit près de 700 000 patients, restent exposés à des restes à charge hospitaliers après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) de plus de 1 000 euros annuels (d'après le Système national des données de santé) [encadré 1]. Ces montants sont liés à la tarification spécifique des séjours hospitaliers avec ou sans nuitée, qui se distingue de celle des soins de ville.

À l'hôpital, le RAC AMO comprend la participation du patient aux prestations de soins (ticket modérateur ou participation forfaitaire) ainsi qu'aux frais d'hébergement en cas de nuitée (forfait journalier) [encadré 2]. Il existe des motifs d'exonération du ticket modérateur liés aux caractéristiques de l'assuré ou aux soins reçus au cours du séjour et, en

nombre plus limité, des motifs d'exonération du forfait journalier.

Les dépenses remboursables individuelles ainsi que les restes à charge sur ce champ présentent de fortes disparités : entre secteurs public et privé (le public concentre 74 % des dépenses de séjour et 62 % du RAC) d'une part, et entre disciplines hospitalières d'autre part. Si la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) concentre plus de 76 % des dépenses et 84 % des RAC AMO, c'est en psychiatrie et en soins de suite et réadaptation (SSR) que les RAC AMO des patients sont plus élevés en moyenne.

Cette étude analyse la distribution des restes à charge hospitaliers dans

la population ainsi que la part relative du forfait journalier et du ticket modérateur dans ces restes à charge. Ces derniers sont souvent analysés sur le seul champ de la MCO (FNMF, 2019 ; Hospinomics, 2020). Pour la première fois, la DREES caractérise les restes à charge hospitaliers pour l'ensemble des disciplines hospitalières, en tenant compte d'une part du statut juridique des établissements de santé, et d'autre part de l'activité en MCO, HAD, SSR et psychiatrie (Adjerad et Courtejoie, 2020). Cette étude permet également de mettre en perspective l'augmentation du forfait journalier en 2018<sup>1</sup> et la réforme du ticket modérateur<sup>2</sup> amorcée en 2020.

### Des restes à charge en pourcentage de la dépense plus faibles dans le public que dans le privé, ce qui peut s'expliquer par des différences de patientèles et d'activité

En 2016, le RAC AMO d'un patient ayant effectué au moins un séjour hospitalier est de 290 euros en moyenne pour l'ensemble de ses séjours de l'année (avec ou sans nuitée), pour une dépense moyenne de 5 210 euros, soit une prise en charge de 94 %<sup>3</sup>. Ces valeurs moyennes masquent d'importantes disparités en fonction du statut juridique de l'établissement et de la discipline hospitalière.

Les dépenses associées aux séjours hospitaliers sont beaucoup plus élevées dans



1. Le montant du forfait journalier est passé, au 1<sup>er</sup> janvier 2018, de 18 à 20 euros par jour d'hospitalisation en MCO et SSR, et de 13,5 à 15 euros pour l'hébergement dans le service de psychiatrie d'un établissement de santé.

2. Article 26 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2020.

3. Cette prise en charge diffère légèrement de ce qui est présenté dans *les Comptes de la santé* (Beffy et al., 2017) car le champ des dépenses considéré est celui des séjours hospitaliers (encadré 1).

## ENCADRÉ 1

### Sources et champ de l'étude

Les **données utilisées** pour cette étude concernent l'année 2016 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)<sup>1</sup>, 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. 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 « public » recouvre plus précisément les établissements ex-DG (établissements publics et ESPIC<sup>2</sup> ex-DG), tandis que le « privé » recouvre les établissements privés à but lucratif et non lucratif (hors ESPIC ex-DG).

Le **champ retenu** couvre les dépenses remboursables et présentées au remboursement, réalisées en 2016, à l'hôpital public ou en établissement de santé privé. Seules les dépenses associées à des séjours hospitaliers (à temps complet ou partiel)<sup>3</sup> sont prises en compte, car ces derniers font l'objet d'une tarification et d'une prise en charge spécifique et distincte des soins de ville. Les dépenses en établissements de santé non associées à un séjour hospitalier sont donc exclues de cette étude. Il s'agit des prestations assimilées à des soins de ville : actes et consultations externes (ACE) dans le public (MCO/SSR), ambulatoire public en psychiatrie (sauf si celle-ci a lieu en complément d'un séjour hospitalier), consultations dans le privé n'ayant pas lieu durant un séjour et activité libérale des praticiens hospitaliers dans le public<sup>4</sup>. Les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation sont exclus de la plupart des analyses, excepté dans la première partie. Le terme de

« personnes hospitalisées » utilisé par la suite désigne donc les personnes ayant effectué au moins un séjour à l'hôpital dans l'année.

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 dans le cadre de séjour(s) en établissements de santé au moins une fois au cours de l'année. Ce ne sont pas des statistiques « par tête », où un montant agrégé serait divisé par une population totale, comprenant des consommateurs et des non-consommateurs.

Les dépenses non directement individualisables ne sont pas prises en compte dans l'analyse. Il s'agit notamment de dépenses forfaitaires qui ne peuvent pas être directement affectées à un bénéficiaire spécifique (les missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation [MIGAC] par exemple, qui représentent un financement, entre autres, pour les activités d'enseignement et de recherche). 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 » (Beffy et al., 2017) pour 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 harmonisées 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 celle enregistrée dans le SNDS, qui correspond aux recettes des établissements. En conséquence, le montant de la dépense associée aux soins hospitaliers publics dans cette étude correspond aux produits des établissements provenant de l'assurance maladie, des ménages, des organismes complémentaires en santé et de l'État, associés à des dépenses remboursables et individualisables dans les établissements publics. La différence entre les charges utilisées pour calculer la CSBM et ces produits spécifiques provient, entre autres, du déficit et des produits non individualisables des établissements.

1. Le volume d'activité enregistré dans le PMSI pour la psychiatrie (RIM-P) diffère de celui présenté dans *Les établissements de santé* (Toutlemonde et al., 2018), qui repose sur la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). La moindre couverture des prises en charge à temps partiel et complet dans le RIM-P s'explique par l'exclusion des séjours avec une erreur dans la clef de chaînage, mais aussi par le fait que le RIM-P peut être incomplet.

2. Établissements de santé privés d'intérêt collectif.

3. Les termes d'hospitalisation partielle et complète n'ont pas la même définition dans chaque discipline hospitalière. En MCO, l'hospitalisation partielle désigne tout séjour de moins de 24 heures sans nuitée, y compris les séances. Si un même patient vient plusieurs jours en hospitalisation partielle, il y a autant de séjours que de jours d'hospitalisation. En SSR et psychiatrie, l'hospitalisation partielle désigne un séjour sans nuitée, qui peut s'étendre sur plusieurs jours ou semaines. La durée de ce séjour correspond au nombre de jours de présence en hospitalisation partielle.

4. L'activité libérale dans les hôpitaux publics est la possibilité offerte à certains praticiens d'exercer à titre privé des consultations et des actes au sein de leur hôpital d'affectation. À titre d'exemple, les 350 praticiens hospitaliers qui ont exercé une activité libérale à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris en 2016 ont reçu près de 38,6 millions d'euros d'honoraires pour cette activité (AP-HP, 2017). Cette activité ne s'apparente pas au secteur public étudié ici.

le public (7 260 euros en moyenne) que dans le privé (2 380 euros) [tableau complémentaire A]<sup>4</sup>. Cependant, leur prise en charge financière y est meilleure et le RAC AMO est globalement moins élevé dans le public en pourcentage de la dépense (5 % contre 8 % dans le privé). Ainsi, si la dépense de santé est plus de trois fois plus élevée dans le public que dans le privé en montant, les RAC AMO moyens associés aux séjours hospitaliers ne sont que 1,7 fois plus élevés dans le public (340 euros contre 200 euros dans le privé). Cela s'explique notamment par la sur-représentation des motifs d'exonération du ticket modérateur dans le public (encadré 2), en particulier par la prise

en charge différenciée, entre les deux secteurs, des patients en affection de longue durée (ALD). Ces derniers bénéficient en effet d'un des principaux motifs d'exonération du ticket modérateur à l'hôpital pour les séjours en lien avec leur affection<sup>5</sup> et leur part est prépondérante dans le public : ils représentent 43 % des patients ayant eu au moins un séjour dans le public en 2016, contre 27 % dans le privé.

Par ailleurs, si le RAC AMO dans le public est intégralement opposable<sup>6</sup>, donc pris en charge par la plupart des complémentaires santé, dans le privé, il est composé à près de 80 % de dépassements (150 euros en moyenne), dont la prise en charge par

les organismes complémentaires santé dépend du contrat souscrit par l'assuré.

Les séjours ne représentent cependant qu'une partie de l'activité hospitalière ; ils ne comprennent notamment pas les urgences, qui sont très majoritairement prises en charge par le secteur public (Toutlemonde et al., 2018). Comme les dépenses et les RAC AMO sont plus faibles en moyenne pour les urgences que pour les séjours dans les établissements publics, et que leur poids est bien plus important pour le public, la prise en compte des urgences dans la comparaison entre le public et le privé réduit la différence entre ces deux secteurs (tableau complémentaire A).

• • •  
4. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

5. Le fait de recevoir des soins conformes au protocole ALD représente 70 % des motifs d'exonération du ticket modérateur pour un séjour en MCO dans le public.

6. En pratique, il peut tout de même y avoir des dépassements d'honoraires dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, qui ne fait pas partie du champ de la présente étude (encadré 2).

## ENCADRÉ 2

### Définitions et mesure de la dépense et du reste à charge à l'hôpital

Toute dépense remboursable et présentée au remboursement se compose d'une part remboursée par l'assurance maladie obligatoire (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)<sup>1</sup>, de l'aide médicale d'État, des soins urgents pour les étrangers résidant en France en situation irrégulière non admis à l'aide médicale d'État, ainsi que des soins pour les détenus – dans le public, seul le champ MCO permet d'identifier ces trois derniers cas). Le RAC AMO se compose d'une part dite « opposable », dont le montant correspond à l'écart entre la base de remboursement<sup>2</sup> 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 (ce qui concerne uniquement les établissements de santé privés dans cette étude).

En 2017, 96 % des assurés disposent 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. 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.

En cas de séjour d'un assuré de droit commun en établissement de santé, l'AMO prend en charge une partie des prestations de soins, mais ne participe pas aux frais d'hébergement. Dans le champ considéré dans cette étude, le RAC AMO en cas de séjour en établissements de santé correspond ainsi à la participation due par le patient à l'hébergement et aux frais de soins :

- La participation aux frais d'hébergement consiste en un forfait journalier hospitalier d'un montant de 20 euros par jour et 15 euros en psychiatrie (18 euros et 13,50 euros respectivement avant 2018). Le forfait journalier est à la charge du patient, mais il est intégralement pris en charge par les contrats responsables de complémentaire santé. Le patient peut s'acquitter en outre de frais liés aux suppléments pour confort personnel (par exemple les frais de chambre particulière pour convenance personnelle). Ces frais supplémentaires ne sont pas pris en charge par l'AMO et sont exclus de la présente étude ;
- La participation aux prestations de soins sous forme d'un ticket modérateur ;

- Enfin, d'éventuels dépassements peuvent s'ajouter au RAC AMO pour les établissements privés (l'activité libérale des praticiens hospitaliers ne figure pas dans le champ de la présente étude).

Les règles de facturation des différents composants du RAC sont complexes et comportent de nombreux cas particuliers. Pour un assuré de droit commun et en l'absence de motif d'exonération, le ticket modérateur s'applique et le forfait journalier n'est pas facturable si le montant du ticket modérateur est supérieur à celui du forfait journalier. Dans ce cas, seul le forfait journalier du jour de sortie est facturé (sauf en cas de décès ou de transfert du patient). Par ailleurs, le forfait journalier hospitalier n'est facturé que pour les séjours excédant 24 heures. Il ne l'est donc jamais en HAD, ni pour les hospitalisations à temps partiel.

Pour un assuré de droit commun et en l'absence de motif d'exonération, le montant du ticket modérateur correspond à 20 % du montant des prestations de soins. Le tarif sur lequel le ticket modérateur s'applique varie en fonction de la catégorie juridique de l'établissement : pour les établissements de santé privés, il s'agit du tarif de référence privé qui représente le prix du séjour hospitalier ; pour les établissements publics, c'est un tarif journalier de prestation qui s'applique. Ce tarif est défini au niveau des établissements et fixé par arrêté des agences régionales de santé. Il doit être représentatif du coût réel du séjour et repose sur une estimation des charges d'exploitations et de l'activité prévisionnelles de l'établissement, en fonction des soins effectués. Son montant peut donc différer d'un hôpital à l'autre pour une même intervention.

Il existe de nombreux motifs d'exonération du ticket modérateur, liés à la situation de l'assuré ou aux soins reçus au cours du séjour. Certaines personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé (bénéficiaires de la CMU-C, titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse, personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée exonérante pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection, etc.). De plus, certains actes et certains frais sont pris en charge à 100 % (actes de radio-diagnostic, actes exonérants qui sont remplacés par une participation forfaitaire ; frais d'hospitalisation à partir du 31<sup>e</sup> jour d'hospitalisation consécutif, etc.). Bien que moins nombreux que les motifs d'exonération du ticket modérateur, il existe également des motifs d'exonération du forfait journalier hospitalier (femmes enceintes hospitalisées pendant les quatre derniers mois de grossesse, bénéficiaires de la CMU-C, titulaires d'une pension militaire, etc.).

1. Depuis le 1<sup>er</sup> 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. La base de remboursement, ou tarif de convention, est le montant sur lequel s'applique le taux de remboursement de la Sécurité sociale. Il est défini pour chaque acte, prestation ou produits médicaux.

## Des restes à charge par patient plus faibles en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)

L'activité globale de soins de séjours hospitaliers, et les dépenses associées, sont inégalement réparties entre disciplines hospitalières. La MCO et l'hospitalisation à domicile (HAD) concentrent à elles seules 75 % des dépenses dans le public (74 % pour la MCO et 1 % pour la HAD) et encore davantage dans le privé (81 %). La part des dépenses pour les séjours en psychiatrie est, quant à elle, plus importante dans le public (13 %) que dans le privé (5 %), tandis que celle des SSR est proche dans le public (12 %) et dans le privé (14 %). Le RAC AMO associé aux séjours à l'hôpital présente d'importantes disparités entre disciplines hospitalières, en termes de montant moyen mais aussi de distribution dans la population. Dans le public, comme dans le privé, c'est en MCO et en HAD que les RAC AMO par patient sont les plus faibles : 290 euros annuels en moyenne en MCO et HAD dans le public, et 180 euros en moyenne dans le privé<sup>7</sup>. C'est donc en psychiatrie et en SSR que se concentrent les RAC AMO annuels par patient les plus élevés. Dans le public, les RAC AMO moyens les plus élevés se trouvent en SSR, où ils atteignent 680 euros. Dans le privé, ils se trouvent en psychiatrie, où ils atteignent 600 euros. Les RAC AMO élevés sont concentrés sur une petite partie des patients (tableau complémentaire B). Si les distributions varient entre disciplines hospitalières, leurs profils par discipline restent assez proches dans le public et dans le privé. La seule exception concerne la distribution des RAC en SSR, où celle relative aux séjours dans le public est assez sensiblement supérieure à celle du privé. Pour les 10 % des patients dont les restes à charge sont les plus élevés en MCO, les niveaux sont également supérieurs dans le public. Par ailleurs, les distributions en psychiatrie et en SSR présentent des RAC AMO plus élevés pour les patients hospitalisés dans ces disciplines qu'en MCO et HAD.

## Des prises en charge plus longues et plus complexes en établissements publics

Le modèle économique, la nature des activités, le type de patientèle et la complexité des prises en charge entre le public et le privé sont très contrastés, ce qui influe nécessairement sur la structure des dépenses et des RAC dans ces deux secteurs.

Parmi les personnes ayant eu au moins une dépense de santé en 2016, 22 % ont effectué au moins un séjour à l'hôpital dans l'année. Alors que les taux de recours aux séjours hospitaliers sont comparables dans le public et dans le privé (12 % dans les deux cas), ils augmentent plus nettement avec l'âge dans le public que dans le privé (graphique 2 et tableau complémentaire C). Par ailleurs, dans le public, le taux de recours augmente entre 21 et 35 ans, sous l'effet des prises en charge en maternité, sachant que 69 % des accouchements en 2016 se sont déroulés dans des maternités publiques (Toutlemonde et al., 2018).

Les patients les plus vulnérables et les prises en charge les plus complexes sont surreprésentés dans le public, ce qui explique en partie que les dépenses par personne y soient plus élevées. Dans le privé, une grande partie de l'activité recouvre des actes programmés en ambulatoire. De fait, en chirurgie, la moitié de l'activité des établissements de santé privés à but lucratif<sup>8</sup> est réalisée en ambulatoire (chirurgie de la cataracte, arthroscopie, etc.). En 2016, les établissements privés à but lucratif réalisent ainsi 64 % de la chirurgie ambulatoire et pratiquent plus d'interventions par salle que les établissements publics (Toutlemonde et al., 2018). Les différences de nature et de complexité d'activité vont de pair avec des différences de type et de durée de séjour. Plus précisément, les séjours en hospitalisation complète, en particulier ceux de plus longue durée, généralement associés à des RAC AMO plus élevés, sont surreprésentés dans le public. À titre d'illustration, en MCO, les soins en hospitalisation complète relèvent à près de 70 % des hôpitaux publics, tandis que 50 % des séjours d'hospitalisation partielle sont réalisés dans le secteur privé à but lucratif en 2016 (Toutlemonde et al., 2018). La durée moyenne d'un séjour en hospitalisation complète en MCO est de 6 jours dans le public et de 4 jours dans le privé lucratif, avec des écarts notables en chirurgie : durée moyenne de séjour de près de 7 jours dans le public et de 4 jours dans le privé lucratif.

À l'inverse, l'activité hospitalière dans le public se distingue par plus de soins non programmés. En effet, les urgences, suivies ou non d'une hospitalisation, représentent une grande partie de l'activité hospitalière dans le public, contrairement au privé. De plus, les hospitalisations après passage aux urgences sont plus fréquentes dans le secteur public (26 %

contre 15 % dans le privé à but lucratif en 2013 [Ricroch et Vuagnat, 2017]), ce qui est dû aux différences de patientèles et de type de prise en charge. En effet, les principaux déterminants de l'hospitalisation après un passage aux urgences sont le grand âge et la présence de pathologies chroniques.

En raison de ces importantes différences d'activité selon le statut juridique, les RAC AMO sont difficilement comparables entre catégories d'établissement. La suite de cette étude se concentre sur le secteur public, afin d'examiner les facteurs à l'origine des différences de RAC AMO entre disciplines hospitalières et de la présence de RAC AMO élevés, ainsi que l'impact de ces facteurs sur la facturation des différents composants du RAC AMO (ticket modérateur et forfait journalier [encadré 2]).

## Dans le public, des RAC AMO par patient en MCO et SSR plus élevés chez les plus âgés

Pour les patients hospitalisés en établissements de santé publics, les RAC AMO annuels moyens associés aux séjours hospitaliers sont globalement plus élevés en SSR et en psychiatrie (graphique 1), mais les RAC les plus élevés ne sont pas systématiquement concentrés sur les mêmes classes d'âge. Ils sont par exemple plus uniformes selon l'âge en psychiatrie, tandis qu'en MCO et en SSR, ils se concentrent chez les personnes âgées. En excluant les nouveau-nés, ces dernières présentent par ailleurs les taux de recours à l'hôpital<sup>9</sup> les plus élevés pour toutes les disciplines, sauf en psychiatrie (graphique 2). En effet, la population hospitalisée en psychiatrie est plus jeune, avec un pic de recours chez les 41-55 ans et un âge moyen de 43 ans, contre 48 ans en MCO, 55 ans en HAD et 69 ans en SSR. Ainsi, les patients âgés de plus de 75 ans, qui cumulent des RAC AMO par patient élevés et d'importants taux de recours, représentent à eux seuls respectivement 38 % et 57 % de la masse financière globale des RAC AMO en MCO et en SSR.

## Un RAC AMO dominé par le ticket modérateur en MCO et par le forfait journalier en psychiatrie et SSR

Les différences d'activité et de patientèle entre disciplines hospitalières se reflètent également dans la composition du RAC AMO.

Le ticket modérateur représente 69 % du RAC AMO en MCO (graphique 3), où

•••

7. Dans le privé, les disciplines HAD et MCO ont été regroupées car la structure du Data-mart de consommation inter-régime simplifié (DCIRS) ne permet pas de les distinguer parfaitement.

8. Dans *Les établissements de santé* (Toutlemonde et al., 2018), les établissements de santé sont classés en trois catégories : établissements publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Le champ n'est donc pas strictement comparable à celui de la présente étude (encadré 1).

9. Le taux de recours est calculé à partir des séjours hospitaliers.

69 % des séjours sont à temps partiel, c'est-à-dire sans nuitée, donc sans facturation du forfait journalier (Toutlemonde et al., 2018). *A contrario*, c'est le forfait journalier (qui correspond à la participation aux frais d'hébergement) qui constitue la plus grande partie du RAC AMO en psychiatrie et en SSR (respectivement 51 % et 79 %), où les séjours sont principalement à temps complet (75 % des séjours en SSR et 72 % en psychiatrie). En outre, la durée moyenne de séjour en hospitalisation à temps complet est plus longue en SSR et en psychiatrie : 35 jours en SSR, 55 jours en psychiatrie, contre seulement 6 jours en MCO (Toutlemonde et al., 2018). Or le ticket modérateur n'est plus facturé au-delà du 31<sup>e</sup> jour, tandis que le forfait journalier l'est jusqu'à la fin du séjour (sauf en cas d'exonération du forfait journalier<sup>10</sup>), ce qui accroît la part relative du forfait journalier dans le RAC AMO pour les séjours longs. En HAD, où par définition les séjours sont sans nuitée, le ticket modérateur représente l'intégralité du RAC AMO.

Dans chaque discipline, la composition du RAC AMO varie entre les bénéficiaires du dispositif d'ALD et le reste des assurés. En cas de séjour à l'hôpital, les patients en ALD ne sont exonérés de participation aux prestations de soins que si le séjour est lié à leur ALD, ils restent redevables de la participation aux frais d'hébergement (forfait journalier), y compris pour les soins en lien avec leur affection. Le forfait journalier occupe ainsi une place beaucoup plus importante dans le RAC AMO des ALD.

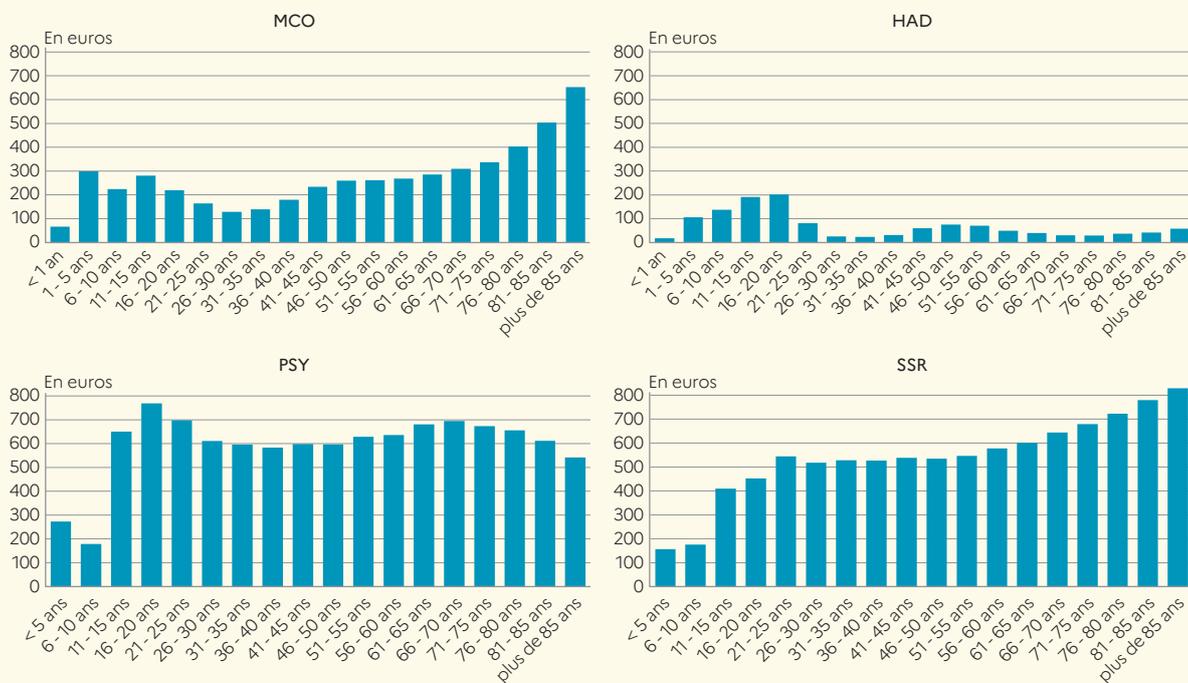
C'est en SSR et en psychiatrie, disciplines pour lesquelles les séjours sont les plus longs, que la part du forfait journalier dans le RAC AMO diffère le plus entre les patients en ALD et le reste de la population. Le forfait journalier représente ainsi près de 90 % du RAC des patients en ALD, contre un peu plus de la moitié du RAC du reste des assurés en SSR. En psychiatrie, il représente près de 95 % du RAC des patients en ALD, contre 10 % pour le reste des patients. En HAD, seul le ticket

modérateur est facturable pour les ALD comme pour le reste des assurés. Bien que le montant du RAC AMO en HAD soit plus faible chez les ALD, il n'est pas nul, car l'exonération de participation aux prestations de soins des assurés en ALD ne porte que sur les soins liés à leur affection. Le ticket modérateur et le forfait journalier peuvent conduire, selon les situations, à des RAC élevés. Cependant, le ticket modérateur fait l'objet de nombreux motifs d'exonération, y compris le remplacement par une participation forfaitaire en cas d'actes particulièrement coûteux, ou une exonération au-delà de 30 jours d'hospitalisation. *A contrario*, les motifs d'exonération du forfait journalier sont beaucoup moins répandus et il n'existe pas de mécanisme de plafonnement. Ces chiffres portent sur 2016 ; la part importante du forfait journalier dans le reste à charge, particulièrement marquée dans certaines disciplines, risque d'avoir été accrue par l'augmentation du forfait journalier en janvier 2018.

10. Il existe des motifs d'exonération spécifiques du forfait journalier, comme par exemple pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale d'État.

GRAPHIQUE 1

Reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) moyen par âge en établissements publics



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

Note • Le détail des RAC AMO moyens par âge des nourrissons (< 1 an) n'est pas donné en SSR et psychiatrie, car ils ne représentent qu'une très petite partie des patients hospitalisés (graphique 2).

Lecture • Les patients de plus de 85 ans ayant eu au moins un séjour en MCO ont un RAC AMO moyen hospitalier annuel d'environ 650 euros.

Champ • Dépenses remboursables et individualisables associées à des séjours en établissements de santé publics, hors actes et consultations externes (ACE), hors ambulatoire non associé à un séjour en psychiatrie, hors passages aux urgences.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2016. Calculs DREES.

### Des différences de RAC AMO par âge dues en partie aux exonérations de ticket modérateur, en particulier pour les patients en ALD

Les ALD concentrent une grande partie de la dépense, mais bénéficient également d'une meilleure prise en charge de cette dernière (Adjerad et Courtejoie, 2020). Les patients en ALD, qui représentent 18 % des personnes ayant consommé des soins en 2016, sont surreprésentés parmi les personnes hospitalisées : ils constituent 43 % des patients en MCO, respectivement un peu moins et un peu plus des deux tiers des patients en HAD et en psychiatrie, et trois quarts des patients en SSR. La part de patients en ALD hospitalisés est un indicateur permettant d'approcher la fréquence des motifs d'exonération du ticket

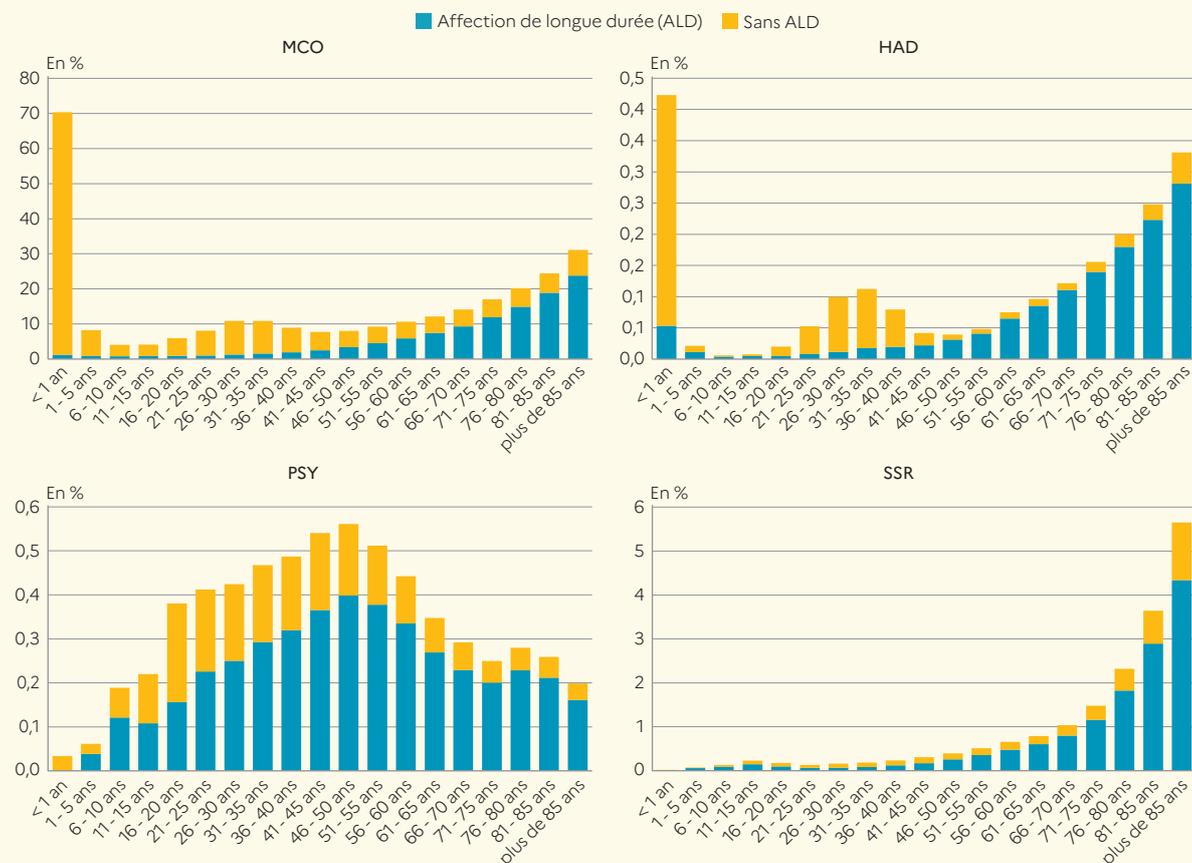
modérateur. Toutefois, même si le fait d'avoir un séjour en lien avec une ALD est le principal motif d'exonération à l'hôpital, il n'est pas le seul.

En MCO, on distingue un pic des RAC AMO moyens chez les enfants et les adolescents (graphique 1), pour lesquels les motifs d'exonération du ticket modérateur sont moins fréquents, ce qui s'illustre par la plus faible proportion de patients en ALD (tableau complémentaire C). Le RAC AMO est plus faible en MCO pour les patients de 21 à 35 ans et le taux de recours est plus élevé pour ces classes d'âge, ce qui peut s'expliquer par des séjours en maternité. En effet, les examens obligatoires dans le cadre du suivi de grossesse, ainsi que les soins de santé de la mère entre le 6<sup>e</sup> mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement sont pris en charge intégralement. Les

faibles RAC AMO en HAD s'expliquent quant à eux par les nombreux motifs d'exonération du ticket modérateur et par l'absence de forfait journalier. Les divers motifs d'exonération du ticket modérateur semblent donc permettre une modulation des RAC AMO en HAD et en MCO, sauf parmi les personnes les plus âgées hospitalisées en MCO qui réunissent à la fois les RAC les plus élevés et la plus forte proportion de patients en ALD. En psychiatrie et en SSR, les RAC AMO annuels moyens sont élevés (en moyenne supérieurs à 400 euros pour les patients hospitalisés de plus de 10 ans), en dépit de la forte proportion de patients en ALD. Les motifs d'exonération du ticket modérateur ne suffisent pas à limiter les RAC AMO élevés, car ils n'empêchent pas la facturation du forfait journalier, dont le montant n'est pas plafonné et peut

GRAPHIQUE 2

### Taux de recours par discipline, âge et statut ALD (parmi les patients ayant consommé des soins en 2016) en établissements publics



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

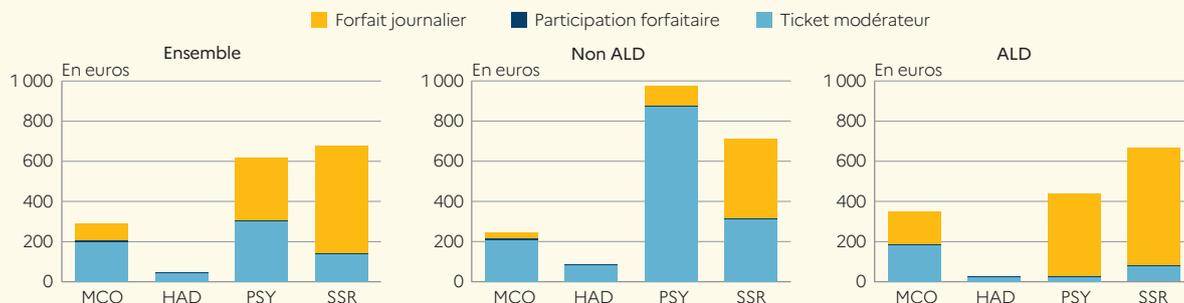
**Lecture** • Le taux de recours pour des séjours en MCO en établissements publics des patients entre 21 et 25 ans qui ne sont pas en affection de longue durée (ALD) est de 7 % contre 1 % pour les patients entre 21 et 25 ans qui ont une ALD.

**Champ** • Patients ayant eu des dépenses remboursables et individualisables associées à des séjours en établissements de santé publics, hors actes et consultations externes (ACE), hors ambulatoire non associé à un séjour en psychiatrie, hors passages aux urgences.

**Sources** • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2016. Calculs DREES.

GRAPHIQUE 3

Composition du RAC AMO par discipline hospitalière dans le public



ALD : Affection de longue durée ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; HAD : hospitalisation à domicile ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.

**Lecture** • Les patients ayant eu au moins un séjour en MCO dans un établissement public ont un RAC moyen d'environ 290 euros annuel. En moyenne, ce RAC se compose d'environ 200 euros de ticket modérateur, d'environ 5 euros de participation forfaitaire et d'environ 85 euros de forfait journalier.

**Champ** • Dépenses remboursables et individualisables associées à des séjours en établissements de santé publics, hors actes et consultations externes (ACE), hors ambulatoire non associé à un séjour en psychiatrie, hors passages aux urgences.

**Sources** • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2016. Calculs DREES.

11. Les séjours courts correspondent aux séjours de moins de 30 jours.

atteindre des sommes importantes dans ces disciplines où les séjours sont plus longs en moyenne.

Les patients peuvent en outre être exposés à des RAC AMO dans plusieurs disciplines. En effet, 6 % des patients hospitalisés en 2016 cumulent sur l'année des séjours dans plusieurs disciplines hospitalières. Les patients combinent souvent des séjours en MCO avec une autre discipline : 88 % des patients hospitalisés en HAD, 72 % des patients hospitalisés en SSR et 43 % des patients hospitalisés en psychiatrie ont également fait un séjour en MCO. Les cumuls de séjours les plus fréquents sont en MCO et en SSR (4 % des patients hospitalisés en 2016), MCO et psychiatrie (1 %), MCO et HAD (<1 %).

**Le cumul de séjours courts sans exonération de ticket modérateur est à l'origine des RAC AMO les plus élevés en MCO**

L'analyse des RAC AMO sur l'ensemble de la dépense de soins et de biens médicaux en France a permis d'isoler plusieurs profils parmi les patients dont le RAC AMO était dans le dernier millième de la distribution (Adjerad et Courtejoie 2020). Parmi ceux-ci, plusieurs profils se caractérisent par l'importance et la fréquence des épisodes d'hospitalisation. Trois profils en particulier liés à l'importance de ces facteurs se dégagent : les patients entre 55 et 85 ans, exposés à des dépenses fréquentes et diverses en ville et à l'hôpital, ayant eu plusieurs épisodes d'hospitalisation dans l'année ; les patients hospitalisés pendant de longues

périodes, âgés en moyenne de 63 ans et ayant passé en moyenne presque un mois en hospitalisation à temps complet (avec des soins reçus en MCO, SSR ou en psychiatrie) ; les personnes âgées (plus de 75 ans) en fin de vie et sous traitements lourds, ayant eu en moyenne 25 jours d'hospitalisation à temps complet au cours de l'année, majoritairement en MCO (Adjerad et Courtejoie 2020). L'analyse menée ici permet de se concentrer uniquement sur les RAC AMO élevés associés à ces épisodes d'hospitalisation. À cet égard, les patients hospitalisés aux RAC AMO les plus élevés présentent à la fois un niveau de dépense particulièrement élevé et une moins bonne prise en charge de ces dépenses. En effet, parmi les 1 % des patients aux RAC AMO les plus élevés (dernier centième de RAC AMO), la dépense moyenne est six fois plus élevée que pour l'ensemble des patients hospitalisés, mais elle n'est prise en charge qu'à 86 % (contre 95 %). Le RAC AMO est ainsi 18 fois plus élevé dans le dernier centième de RAC AMO que pour l'ensemble des patients hospitalisés.

Les RAC AMO extrêmes parmi l'ensemble des patients hospitalisés sont essentiellement consécutifs à des séjours en MCO, discipline qui concerne 96 % des patients hospitalisés dans le public en 2016. Malgré des RAC AMO en MCO modérés en moyenne, une part réduite de la population fait face à des RAC extrêmes : 7 % des patients en MCO ont des RAC AMO annuels de plus de 1 000 euros. Parmi les 1 % des patients en MCO aux RAC les plus élevés, dont le montant annuel moyen est de 5 540 euros, se

trouvent des personnes plus âgées (67 ans contre 48 ans en moyenne pour les patients hospitalisés en MCO), ainsi qu'une plus forte proportion de patients en ALD (54 % contre 43 %). Le dispositif ALD n'est donc pas suffisant pour maîtriser les RAC AMO très élevés liés à des séjours hospitaliers en MCO.

Dans le dernier centième de RAC AMO, le poids du ticket modérateur est de 82 % (contre 68 % pour l'ensemble des patients hospitalisés en MCO). Les RAC AMO les plus élevés en MCO se concentrent sur les bénéficiaires qui cumulent surtout des séjours courts<sup>11</sup> à temps complet pour lesquels ils ne sont pas exonérés de ticket modérateur (puisque l'exonération a lieu à partir du 31<sup>e</sup> jour d'hospitalisation). Les patients appartenant au dernier centième de RAC AMO cumulent ainsi environ 30 jours d'hospitalisation en séjours courts à temps complet, contre 6 jours pour l'ensemble des patients hospitalisés qu'à MCO. Une étude sur les RAC élevés à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (à l'échelle du séjour) confirme la surreprésentation des séjours de moins de 30 jours parmi les séjours du dernier dixième de RAC AMO en MCO : ils représentent 83 % des 10 % des séjours aux RAC les plus élevés (Hospinomics, 2020). Malgré la surreprésentation de la MCO parmi les séjours hospitaliers, les cumuls de séjours dans plusieurs disciplines, plus fréquents parmi les 1 % des patients aux RAC les plus élevés (toutes disciplines confondues), peuvent aussi expliquer une partie des RAC AMO élevés. En effet, si 90 % des patients hospitalisés l'ont été exclusivement en MCO, cette proportion

n'est plus que de 54 % dans la population du dernier centième de RAC AMO. 33 % d'entre eux cumulent des séjours en MCO et en SSR et 7 % en MCO et en psychiatrie.

### Les RAC AMO extrêmes en psychiatrie et en SSR sont dus à un nombre de jours cumulés important

Les RAC AMO élevés sont plus répan- dus en psychiatrie et en SSR, où res- pectivement 18 % et 22 % des patients (soit environ respectivement 45 000 et 100 000 patients en psychiatrie et en SSR) ont des RAC AMO de plus de 1 000 euros. Le RAC AMO annuel moyen parmi les 1 % des patients de chaque discipline aux RAC les plus élevés est de 7 080 euros en psychiatrie et de 5 380 euros en SSR. Plusieurs raisons expliquent ces RAC extrêmes. Tout d'abord, les patients appartenant au dernier centième de RAC AMO de ces disciplines ont effectué en moyenne plus de séjours par an (près de 4 séjours contre 2 séjours pour l'ensemble

des patients en psychiatrie, 3 séjours contre 1 à 2 séjours pour l'ensemble des patients en SSR), et plus particulière- ment des séjours à temps complet (donc avec facturation du forfait journalier). Parallèlement, ces patients cumulent davantage de jours à l'hôpital comparé à l'ensemble des patients de leur dis- cipline, et atteignent ainsi des durées cumulées de plusieurs mois. En psychia- trie, le total cumulé en séjours courts à temps complet atteint près de 70 jours, contre 32 jours pour l'ensemble des patients. En SSR, les patients du dernier centième de RAC AMO cumulent surtout des séjours longs à temps complet, avec environ 180 jours d'hospitalisation, contre 32 jours pour les autres patients de cette discipline.

Bien que ce soit le forfait journalier qui pèse le plus dans le RAC AMO de l'ensemble des patients de psychiatrie et de SSR, le ticket modérateur contribue aux RAC AMO les plus élevés, surtout pour la psychiatrie. La part de ce dernier dans le RAC AMO du dernier centième

atteint près de 30 % en SSR (contre 21 % parmi l'ensemble des patients en SSR) et 95 % en psychiatrie (contre 49 % parmi l'ensemble des patients en psychiatrie).

Il convient d'analyser à part la HAD, qui concerne une plus faible proportion des patients hospitalisés (moins de 1 %). En HAD, l'essentiel des patients a un RAC AMO nul, du fait de la forte part de patients en ALD, et seuls 1 % des patients en HAD ont des RAC AMO de plus de 1 000 euros. Le RAC AMO parmi les 1 % des patients en HAD aux RAC les plus élevés est bien moindre que dans les autres disciplines : il atteint 2 100 euros annuels en moyenne. Les patients de ce dernier centième n'ont pas significa- tivement effectué plus de séjours dans l'année, mais leurs séjours sont plus longs (environ 45 jours en moyenne dans le dernier centième, contre 36 jours parmi l'ensemble des patients de HAD). Il y a nettement moins de patients en ALD dans le dernier centième de RAC AMO que parmi les patients de HAD (33 % contre 63 %). ■

## POUR EN SAVOIR PLUS

- **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, janvier). 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. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- **AP-HP** (2017). Rapport annuel de la commission centrale de l'activité libérale de l'AP-HP en 2016.
- **ATIH** (2017, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2016. Synthèse.
- **Beffy, M., et al.** (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **FNMF** (2019, octobre). Hôpital : des restes à charge inégalitaires. *L'Observatoire*.
- **Gonzalez, L., et al.** (2020). *Les dépenses de santé en 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **Hospinomics** (2020, décembre). Les restes à charge hospitaliers – Analyses sur données de l'AP-HP.
- **Lefebvre-Hoang, I., Yilmaz, E.** (2019, août). État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 41.
- **Ricroch, L., Vuagnat, A.** (2017, février). Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. DREES, *Études et Résultats*, 997.
- **Toutlemonde, F., et al.** (2018, juin). *Les établissements de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

## LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site [drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution [drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

### Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

### Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

### 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](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE  
PUBLIQUE

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