

Les restes à charge hospitaliers

Analyses sur données de l'AP-HP

INTRODUCTION

Soulignant l'enjeu social des restes à charge, la mise en place progressive, depuis le 1^{er} janvier 2019, de la réforme du 100% Santé vise à assurer à tous les Français un accès « gratuit » à des équipements optiques, auditifs et prothèses dentaires en faisant supporter leurs coûts à l'assurance maladie obligatoire (AMO) et à l'assurance maladie complémentaire (AMC). Dans le même temps, le lancement des expérimentations tarifaires dans le cadre de l'Article 51 permet aux structures de soin de tester des formes innovantes de tarification, notamment la tarification à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales. Les évaluations, si elles étaient concluantes, pourraient alors servir de base à des évolutions de la tarification hospitalière, la dernière remontant à 2004 avec la tarification à l'activité (T2A). La T2A n'a cependant pas apporté de modifications substantielles aux modes de facturation des soins pour les patients puisque le « prix de journée » a subsisté sous la forme du Tarif journalier de prestations (TJP), lequel devait d'ailleurs être pérennisé par la LFSS 2020.

Dans ce contexte, cette note offre une analyse statistique sur données de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) de la participation des usagers et de leurs couvertures complémentaires à la dépense hospitalière, un élément qui reste peu documenté à ce jour. Cette participation est constituée de trois éléments :

- Le forfait hospitalier journalier (FJH), fixé réglementairement au titre des frais d'hébergement (pour les séjours en

médecine, chirurgie et obstétrique (MCO- : 18€ en 2016, 20€ en 2020) ;

- Le ticket modérateur (TM) dont la facturation dépend de conditions générales liées à la situation de l'assuré, (séjour en rapport avec l'affection de longue durée (ALD) et des soins reçus par le patient (exonération due aux actes effectués). Pour un séjour avec ticket modérateur (ATM), le forfait journalier n'est pas facturable si le TM est supérieur
- Les autres frais (chambre individuelle ou compléments de rémunération).

Les restes à charge (RAC) hospitaliers étudiés ici comprennent le FJH et le TM. Dans la base PMSI étudiée, leur masse globale représentait en 2016 6,6% des recettes de soins de l'AP-HP (part AMO, TM et FJH). Cette contribution aux recettes globales de l'établissement peut sembler marginale ; néanmoins les TM, concentrés sur 22% des séjours, amènent à s'interroger à la fois sur leur répartition et leurs montants. En effet, si la participation moyenne pour un séjour, quelle qu'en soit la modalité, est inférieure à 100€, elle est 8 fois plus importante pour les séjours où le TM est facturable (respectivement, 94€ et 785€). En l'absence d'information sur les ressources des ménages et leur situation de couverture complémentaire qui permettrait d'apprécier le taux d'effort final des patients, cette note vise à décrire les disparités de la distribution des montants de RAC pour les soins selon les séjours hospitaliers et à s'interroger sur les modalités de formation de ces RAC.

CARACTERISATION DES DISTRIBUTIONS DES RESTES À CHARGE HOSPITALIERS

Les analyses sont issues d'un traitement, réalisé par l'équipe d'Hospinnomics, des bases PMSI 2012, 2015 et 2016 de l'AP-HP. Sur ces trois années, en moyenne, 76% des séjours donnent lieu à un RAC avant AMC, appelé ici « RAC brut ». Ces RAC bruts peuvent être couverts par le patient ou son assurance complémentaire¹ ; impayés par le patient, ils risquent de constituer une créance irrécouvrable pour l'établissement hospitalier. Les RAC vont de 18€, pour les plus faibles, à près de 20 000€, pour les plus élevés

¹ Concernant l'assurance maladie complémentaire, quels que soient les organismes (mutuelles, assurances ou institutions de prévoyance), depuis 2016, la prise en charge des frais de TM ou

de forfait journalier est obligatoire et complète pour les contrats dits « responsables » (+de 90% des contrats) dont le taux de taxation est réduit.

avec, pour 2012, 2015 et 2016, une valeur moyenne de 239, 253 et 248€ et une médiane de 90, 72 et 72€, respectivement (voir Annexe 1).

Grande similitude des résultats sur les trois années, très forte concentration des facturations sur des montants faibles mais dissymétrie de la distribution. Tel est le premier constat tiré de l'étude de la distribution des restes à charge pour ces trois années.

L'ANALYSE DES 10% DE RAC BRUTS LES PLUS ELEVES EN 2016

L'analyse des 50 352 séjours constitutifs du 10^e décile de la distribution des RAC bruts montre que 98% portent sur des séjours d'hospitalisation complète, 2% sur des séances et moins d'1% sur des soins ambulatoires (voir Annexe 2).

Les séjours longs (supérieurs à 30 jours), ouvrent droit à une exonération de TM au-delà de ce seuil. Ils représentent 13% de la masse globale de ce 10^{ème} décile et ont une durée moyenne de 62 jours. Les séjours de moins de 30 jours représentent 83% de la masse globale dans ce 10^{ème} décile, avec un RAC moyen de 1 918€, les 5 derniers percentiles correspondant à de séances ambulatoires (injections de toxine botulique, par exemple) ou des hospitalisations de jour (sevrage éthylique ou toxicomanie notamment).

Dans ce 10^{ème} décile, 85% des RAC bruts concernent des Groupes Homogènes de Malades² (GHM) médicaux (contre 63% dans la base totale), 8% sont des GHM de chirurgie, les 6% restants étant des GHM indifférenciés. Les GHM médicaux y sont donc proportionnellement plus représentés que dans le reste de la base.

Enfin, ces RAC bruts élevés touchent plus particulièrement certains patients : les enfants de moins de 1 an, hospitalisés pour bronchiolites, bronchites et asthme, ou troubles digestifs avec un niveau moyen de RAC de 1741€ ; les patients

de plus de 70 ans, dont les séjours sont souvent plus longs, avec un RAC brut moyen égal à 2 475€.

Le deuxième constat tiré de l'étude est celui d'une forte concentration des restes à charge élevés sur les séjours avec ticket modérateur, les GHM médicaux et les populations les plus fragiles (enfants en bas âge et personnes âgées).

DES TAUX EFFECTIFS MOYENS DE PRISE EN CHARGE HÉTÉROGÈNES

Depuis la mise en place de la T2A, prévaut un double système de fixation des tarifs :

- Une base nationale de groupements homogènes de séjours (GHS) fixée par l'État ; le tarif est forfaitaire pour le séjour, selon le GHM qui lui est affecté ;
- Un prix journalier négocié avec l'agence régionale de santé (ARS) et propre à chaque établissement. Ce tarif journalier de prestations (TJP), également applicable aux non assurés sociaux ou aux étrangers, est dû pour chaque journée et varie selon les grandes disciplines (médecine, médecine spécialisée, chirurgie, etc...).

Le GHS est utilisé par l'assurance maladie pour le remboursement du séjour, les TM étant quant à eux définis sur la base du TJP. Ainsi, le TM couvert par l'AMO pour les patients exonérés serait de 20% du GHS, alors que celui des patients non exonérés est de 20% du TJP, de surcroît variable selon les établissements³.

Ce taux de 80 % est actuellement le taux défini par l'Assurance maladie de prise en charge par l'AMO des patients redevables du TM hospitalier. Or, de fait, sur la base PMSI 2016, le taux effectif de prise en charge des séjours assujettis au TM est en moyenne de 70 % de la base de remboursement de l'assurance maladie, avec une valeur minimale de 59 % et maximale de 81

² Chaque séjour à l'hôpital correspond à une des catégories de la classification des Groupes Homogène des Malades (GHM) en fonction du trajet clinique de chaque patient durant son séjour.

³ Le site « service public » précise : *Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie prend en charge les frais suivants : Frais liés à votre hospitalisation à 80 % du tarif conventionnel (sauf cas particuliers). Le tarif conventionnel est ici défini comme « Tarif sur la base duquel s'effectue le calcul pour le remboursement d'un acte médical par*

l'Assurance maladie. Appelé aussi tarif de responsabilité ». Le conseil Constitutionnel avait fixé à décembre 2019 la date limite de facturation du TM pour les assurés sociaux sur la base TJP. La Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2020 a donné une base légale à cette facturation dans l'hôpital public, en prévoyant l'harmonisation des TJP sur le territoire.

%. On note également que plus le montant du TM est élevé (ou plus le séjour est long), plus la prise en charge AMO effective est faible.

Pour les séjours exonérés de TM, le taux effectif moyen de prise en charge est supérieur à 90%.

Le troisième constat est que la coexistence du double système de tarification conduit à des imputations disparates de RAC, des taux effectifs moyens de prise en charge hétérogènes et de fait à un risque d'inégalité de traitement.

LE RISQUE DE CRÉANCES IRRÉCOUVRABLES

Si les patients se tournent très largement vers leur assurance complémentaire (5% seulement de personnes non couvertes en moyenne⁴), il est néanmoins probable que certaines facturations seront difficilement honorées, notamment dès lors qu'elles concernent des personnes à faible revenu (12% de personnes non couvertes dans les 20% de revenus les plus faibles), socialement mal insérées, voire très fragiles et malades (9% de personnes non couvertes parmi celles déclarant un mauvais ou très mauvais état de santé).

De nombreux travaux établissent que le niveau de couverture complémentaire n'est pas lié à l'état de santé mais au niveau de revenu. Ainsi les enfants de milieux modestes, les personnes en sevrage alcoolique ou toxicomanies, les séjours longs des personnes âgées couvertes par des contrats individuels moins généreux et plus chers pourraient être particulièrement concernés. Aucune donnée comptable publiée, ni aucune étude académique ne sont disponibles permettant de chiffrer le taux de non-recouvrement des RAC hospitaliers en France, mais on ne peut présumer, d'un strict point de vue budgétaire, que ces RAC bruts seront automatiquement couverts par l'AMC⁵. La mise en place de contrats responsables, la complémentaire d'entreprise obligatoire, la complémentaire santé solidaire ou le tiers-payant généralisé ne suffisent pas à garantir que

ces créances seront toutes recouvrées par l'établissement.

Le quatrième constat est que les mécanismes actuels de participation financière des usagers à leurs séjours augmentent le risque de créances irrécouvrables, tout en générant des coûts importants de recouvrement.

CONCLUSION

Cette étude descriptive menée sur les bases PMSI 2012, 2015 et 2016 de l'AP-HP met en lumière les effets potentiels des mécanismes de définition et d'imputation de la participation financière des patients aux séjours hospitaliers.

Ces résultats ont confirmé des éléments déjà connus sur l'existence de disparités de traitement, en les affinant par une analyse menée par type de séjour. On note ainsi :

- De fortes disparités entre patients : les mécanismes actuels d'exonération ne compensant pas l'intégralité de ces risques ;
- Le manque de données pour éclairer les contributions des différents financeurs et en regard, les paiements effectifs des patients ou les créances irrécouvrables pour l'hôpital.

En conclusion de cette analyse statistique, quels pourraient être les leviers d'action et de réformes visant à prémunir :

- l'ensemble des patients d'un risque d'insolvabilité face à des RAC bruts catastrophiques ;
- les établissements hospitaliers d'un risque de créances non recouvrables.

Dans un contexte de réformes structurelles du système de soins, il est urgent d'évaluer les enjeux qui leur sont associés en matière de participation financière des patients, tant d'un point de vue d'efficience que d'un point de vue d'équité. Tel est l'un des objectifs du projet EQUIRAC, financé par l'IRESF et mené conjointement par l'IRDES, l'ECEVE (INSERM UMR 1123) et HOSPINNOMICS.

⁴ Marc Perronnin : « La complémentaire santé en 2014 », IRDES QES n°229 janvier 2018.

⁵ D'après les Comptes nationaux de la santé, en 2016, l'AMO a financé 92,1% de la dépense hospitalière publique ; Le RAC brut représente donc 7,9% de la dépense courante dans les établissements publics. Les AMC en financent 59,4%, les

ménages 23%, l'Etat et les collectivités locales 18%. La part relative des ménages dans le RAC brut est donc significative. Cependant, les Comptes incluant notamment les consultations externes et d'autres prestations facturables, il n'est pas possible de transposer ce résultat dans cette étude.

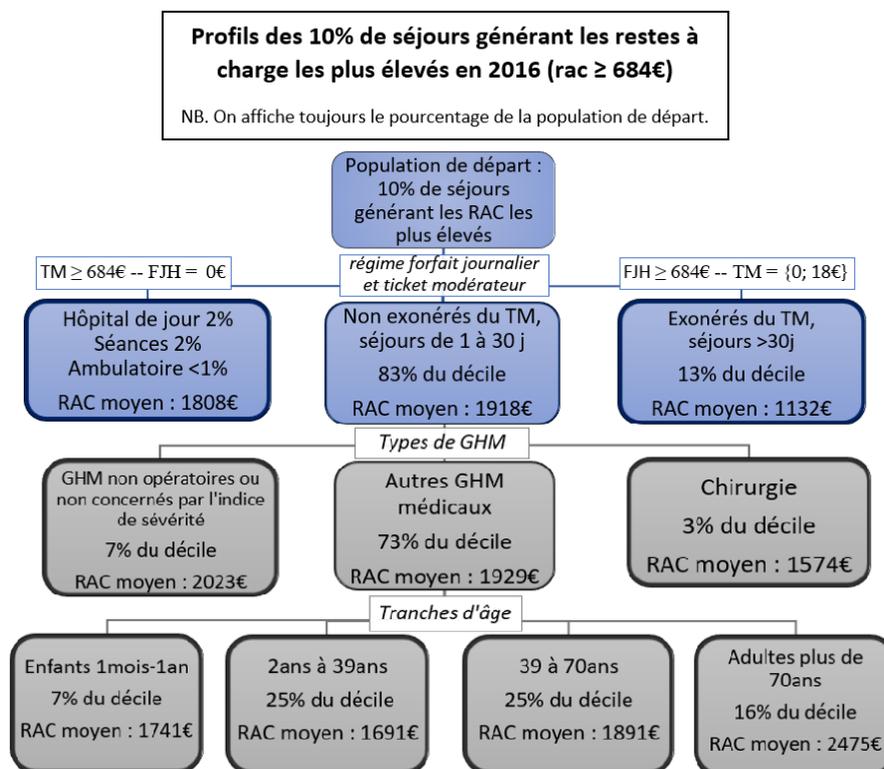
ANNEXE 1

EVOLUTION COMPARÉE DES INDICATEURS (BASE AP-HP 2012-2015-2016)

Résultats comparés sur les bases complètes, années 2012, 2015, 2016				
		2012	2015	2016
Nbr séjours administratifs (+ augmentation par rapport à 2012)		621080	640943 (+3%)	664287 (+7%)
Proportion de RAC nuls		24%	24%	24%
Distribution du RAC (en €)	Min	0€	0€	0€
	1 ^{er} quartile	18€	18€	18€
	Médiane	90€	72€	72€
	Moyenne	239€	253€	248€
	3 ^e quartile	252€	270€	270€
	Max	18581€	17958€	19635€
Proportion séjours ETM		78%	78%	78%
• Dont ALD (% des séjours totaux)		52%	52%	52%
• Dont Actes coûteux (% des séjours totaux)		17%	17%	16%
RAC moyen, séjour ETM (sur l'ensemble de la base)		100€	95€	94€
RAC moyen, séjour non ETM (sur l'ensemble de la base)		723€	797€	785€
Nbr de séjours par type d'hospitalisation (effectif et % de la base)	H.C.	534705 (86%)	552737 (86%)	567197 (86%)
	Ambulatoire	47446 (8%)	56423 (9%)	62043 (9%)
	Séances	38929 (6%)	31783 (5%)	35047 (5%)
Durée moyenne de séjour (en H.C)		5 jours	5 jours	5 jours
Proportion par GHM (effectif et % de la base)	Chirurgie	134523 (22%)	140416 (22%)	145013 (22%)
	Non opératoire	45925 (7%)	52530 (8%)	56239 (8%)
	Médical	386971 (62%)	403410 (62%)	414771 (63%)
	Indifférencié	53661 (9%)	44587 (7%)	48264 (7%)

ANNEXE 2

CLASSIFICATION DES SEJOURS DU 10^{ÈME} DÉCILE DE RAC BRUTS 2016



Source : Hospinnomics -- Données AP-HP 2016

Lecture du graphique : En 2016, pour les séjours non exonérés du ticket modérateur, représentant 83% des 10% de séjours aux RAC les plus élevés, le RAC moyen est de 1918€.