

points de repère



Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes ont, au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), une protection complémentaire gratuite. Ce dispositif offre un panier de soins élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), notamment grâce à des forfaits relatifs aux prestations d'optique et de dentaire. L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. L'objectif de cette étude est de mesurer l'ampleur et d'analyser la structure des restes à charge (RAC) des bénéficiaires de la CMU-C qui ont eu recours aux soins en 2010.

Les trois quarts d'entre eux ont fait appel au système de santé, en 2010, sans avoir aucun reste à charge ; 85 % ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année et, 95 % moins de 65 euros, soit 5 euros par mois. Une petite fraction des bénéficiaires de la CMU-C est cependant confrontée à des restes à charge importants : 5 % ont un reste à charge annuel moyen de 270 euros et 1 % un reste à charge de l'ordre de 690 euros.

Les bénéficiaires avec un reste à charge sont plus âgés (33 % de plus de 40 ans vs 25 %), ce sont plus souvent des femmes (60,9 % vs 53,2 %), ils sont plus souvent inscrits en affection de longue durée (ALD : 12,8 % vs 9,4 %) et ont une consommation de soins plus importante.

Les restes à charge sont principalement liés à des dépenses dans les domaines de l'optique (44 %), des soins dentaires (13 %) et des consultations et visites (10 %).

● Pauline Ricci (CNAMTS)

Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010

Mise en place en janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une protection maladie complémentaire gratuite aux personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond (de l'ordre de 630 euros par mois pour une personne seule, 1 330 euros par mois pour un couple avec deux enfants) (encadré 1).

Plus de 4 millions de personnes bénéficient aujourd'hui en France de ce dispositif. Elles forment une population plus féminine que la population globale couverte par le Régime général (RG) (55 % de femmes vs 45 % d'hommes), et plus jeune : l'âge moyen y est de 27 ans et près des trois quarts des personnes ont moins de 40 ans (tableau 1). Les bénéficiaires de la CMU-C sont par ailleurs en moins bonne santé que le reste de la population [1]¹ : 10,3 % sont inscrits en affection de longue durée (ALD) [2].

¹ Pour le reste de la population, ce taux est de 13,1%, mais si cette population avait la même structure d'âge et de sexe que la population bénéficiaires de la CMU-C, il serait de 5,7%.

Encadré 1**LA CMU-C :
CONDITIONS D'ACCÈS**

Depuis le 1er janvier 2000, la CMU-C permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond de bénéficier d'une protection complémentaire gratuite.

L'ensemble des ressources du foyer de l'année précédant la demande ne doit pas dépasser un certain plafond (7 611 euros pour une personne seule en métropole à compter de juillet 2010 [3]) ; ce plafond dépend de la composition du foyer et du lieu de résidence (métropole ou DOM) du demandeur.

Remarque : le dispositif de la CMU complémentaire (CMU-C) ne doit pas être confondu avec la couverture maladie universelle de base (CMU), qui est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'assurance maladie.

La CMU-C complète la couverture médicale obligatoire en prenant en charge² :

- le ticket modérateur et la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes coûteux (supérieurs à 120 euros³),
- le forfait journalier hospitalier,
- des dépenses de lunetterie, de prothèses dentaires et d'autres biens médicaux, dans la limite d'un panier de soins prédéfini, avec des tarifs plafonnés pour les lunettes et les prothèses dentaires.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont en outre exonérés de la participation forfaitaire de un euro sur les actes médicaux et analyses de laboratoire, ainsi que des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport et de soins infirmiers.

Ils sont également dispensés de l'avance des frais et les professionnels de santé qui les soignent doivent respecter les tarifs opposables, sauf exigence particulière du malade non liée à un motif médical.

L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. Néanmoins, des associations de patients et certaines études font état de difficultés d'accès ou de renoncements à certains soins. Dans ce contexte, cette étude vise à quantifier le montant qui

reste à la charge des personnes bénéficiaires et en identifier les différentes composantes en termes de services ou prestations.

● Champ de l'étude

Les données sont issues de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), composé de 517 550 bénéficiaires en 2010 (encadré 4). L'étude porte sur les remboursements en soins de ville et en hospitalisation privée (sont également inclus les honoraires en secteur privé à l'hôpital public) effectués entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010. Sont retenues sur ce champ toutes les prestations des personnes bénéficiant de la CMU-C au moment des soins, affiliées au Régime général (hors SLM, y compris DOM).

Le sous-échantillon obtenu est composé de 44 520 individus ayant consommé des soins dans l'année, soit 8,6% des personnes de l'EGB. Cet échantillon aléatoire est représentatif de la population des bénéficiaires de la CMU-C, estimée à plus de 4 millions de personnes (figure 1, encadrés 2 et 4).

Nous considérons que les bénéficiaires de la CMU-C ont un RAC dès lors que le montant du RAC laissé par l'AMO et l'Assurance complémentaire CMU-C est d'au moins un euro.

Encadré 2**MÉTHODOLOGIE****Population étudiée**

Les individus sont sélectionnés au sein de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), composé de 517 550 bénéficiaires en 2010 (figure 1, encadré 4).

Nous sélectionnons les personnes affiliées au Régime général (hors SLM, y compris DOM) et bénéficiant de la CMU-C au moment des soins. L'échantillon obtenu est composé de 44 520 individus consommant, soit 8,6% des personnes de l'EGB. Les personnes bénéficiant de la CMU-C appartenant à l'EGB constituent un échantillon aléatoire représentatif des personnes bénéficiant de la CMU-C.

Le Régime général de l'Assurance maladie couvre 87% de la population française et inclut 91% des personnes avec une CMU-C.

Période d'étude

Du 1er janvier au 31 décembre 2010.

Champ de l'étude

Cette étude couvre l'ensemble des postes en soins de ville (hors prestations en espèce) et en hôpital privé.

Les dépenses liées à une hospitalisation publique ou à une consultation ou acte externe à l'hôpital public ne sont pas incluses car les données de facturation détaillées des hôpitaux publics ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires de la CMU-C ; ces dépenses étant exonérées du forfait journalier et du ticket modérateur hospitaliers, nous considérons qu'elles ne donnent pas lieu à un reste à charge.

En revanche, les honoraires des praticiens hospitaliers exerçant en secteur privé à l'hôpital public sont bien inclus dans la présente étude. Ces honoraires figurent dans les dépenses analysées dans cette étude et sont regroupés au sein du poste « honoraires médicaux » avec les honoraires en médecine de ville et en clinique privée.

Par ailleurs, dans le champ de cette étude, ne sont pas compris les frais liés à des biens et services qui ne font pas partie du panier couvert par l'Assurance maladie obligatoire : automédication, actes hors nomenclature, chambre particulière à l'hôpital...

² Cf. encadré 3 pour le détail des prestations.

³ Le seuil du forfait 18 euros est de 120 euros depuis le 1er mars 2011. Auparavant il était de 91 euros.

Encadré 3

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE

La CMU-C couvre la part des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie et permet aux bénéficiaires d'accéder aux soins sans avance de frais et sans dépassement de tarifs.

La CMU-C agit ainsi comme une complémentaire et prend en charge :

- le ticket modérateur sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation ;
- le forfait journalier en cas d'hospitalisation ;
- en sus du tarif de responsabilité, les frais exposés au titre des soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement dans une limite de tarifs fixés par arrêté.

En outre, les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés de la participation forfaitaire d'un euro et des franchises médicales. La franchise de 18 euros leur est applicable mais est prise en charge intégralement.

La CMU-C offre un panier de soins élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire,

notamment grâce aux forfaits relatifs aux prestations d'optique et de dentaire.

Au 31 décembre 2008, les bénéficiaires de ce dispositif sont de 4 186 221, tous régimes confondus, sur l'ensemble du territoire, soit environ 6,4 % de la population française [3].

Dispositif médecin traitant-parcours de soins coordonnés

Les bénéficiaires de la CMU-C, comme tout assuré, doivent respecter le parcours de soins. Ainsi, ils sont soumis à l'obligation de choisir un médecin traitant.

Une majoration du ticket modérateur ou « majoration de participation » pourra être appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C qui ne respectent pas le dispositif du médecin traitant.

Les dépassements de tarifs

Il est interdit de facturer un dépassement de tarifs à un bénéficiaire de la CMU-C sauf :

- en cas d'exigence particulière du patient : les dépassements exceptionnels (DE) ;
- en cas de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés : les dépassements autorisés (DA).

Les actes dentaires

Il est interdit de facturer un dépassement de tarifs à un bénéficiaire de la CMU-C sauf en cas d'exigence particulière du patient (DE).

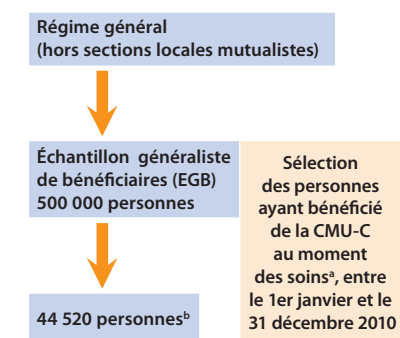
La CMU-C prend en charge les dépassements tarifaires pour toutes les prothèses dentaires et tous les traitements d'orthodontie présents dans le panier de soins (arrêté du 30 mai 2006 relatif aux soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale).

L'optique

La prise en charge des verres, de la monture et des suppléments est assurée dans la limite d'une attribution maximale par an, sauf pour les enfants de moins de six ans ou en cas d'aphakie, cas dans lesquels la prise en charge peut être assurée à un rythme annuel supérieur.

La liste des équipements pris en charge (montures et verres) ainsi que leur prix limite de vente, le cas échéant en sus des tarifs, sont fixés par arrêté (arrêté du 14 août 2002 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique aux bénéficiaires de la CMU-C).

Figure 1

Méthode de sélection de l'échantillon des personnes à la CMU-C étudiées

^a Sélection des remboursements en soins de ville et en hospitalisation privée (et les honoraires en secteur privé à l'hôpital public) effectués pour des bénéficiaires de la CMU-C au moment des soins.

^b Exclusion des lignes de prestations correspondant à des régularisations et / ou à des erreurs.

Encadré 4

SOURCE DES DONNÉES

L'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance maladie, qu'elle ait ou non perçu des remboursements de soins. Il regroupe actuellement près de 500 000 bénéficiaires du régime général [4].

Il contient des informations anonymes sur les caractéristiques socio-démographiques et médicales des bénéficiaires et les prestations qu'ils ont perçues.

L'EGB résulte d'un sondage au 1/97 sur le numéro de sécurité sociale (NIR) des bénéficiaires de l'Assurance maladie, qu'ils soient ouvreurs de droit ou ayants droit, et recense près de 500 000 bénéficiaires. Il ne couvre actuellement que le Régime général à l'exception des

fonctionnaires et des étudiants.

Le mode de tirage de l'EGB est basé sur le NIR des individus ; le NIR d'une personne reste identique pendant toute sa vie, un bénéficiaire de l'EGB sera donc identifié de la même façon de sa naissance jusqu'à sa mort.

L'EGB est un échantillon vivant : à la fin de chaque trimestre calendaire, les informations de l'ensemble des bénéficiaires de l'EGB (déjà présents ou nouveaux entrants) sont extraites des bases de données administratives de l'Assurance maladie. Chaque trimestre, l'échantillon s'enrichit des nouveaux, des étrangers venant travailler en France et de leurs ayants droit et des personnes nouvellement affiliées à ce régime pour cause de changement dans leur vie professionnelle et de leurs ayants droit.

- **Les trois quarts des bénéficiaires n'ont aucun reste à charge et 95% ont moins de 5 euros de RAC en moyenne par mois**

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant eu recours aux soins en 2010, 74 % n'ont eu aucun reste à charge. 85 % ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, et 95 % moins de 65 euros, soit de l'ordre de 5 euros par mois.

- **Une petite fraction des bénéficiaires de la CMU-C est cependant confrontée à des restes à charge importants**

Le graphique ci-contre (figure 2) montre que si une grande partie des bénéficiaires de la CMU-C a accès aux soins sans reste à charge ou avec un reste à charge très faible, une petite fraction est cependant confrontée à des sommes élevées à déboursier. Elles sont de 270 euros en moyenne pour 5 % des bénéficiaires, de près de 440 euros pour 2,5 % et de l'ordre de 690 euros pour 1 % d'entre eux.

De fait, les restes à charge sont très concentrés : 5 % des personnes concentrent 80 % du montant total des RAC observés, 2,5 % (soit 10 % des personnes ayant eu au moins un euro de RAC) concentrent les deux tiers (66 %) (tableau 2, figure 3)

- **Les 26% des bénéficiaires de la CMU-C qui ont un reste à charge sont plus âgés et ont un recours aux soins plus important**

Parmi les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes ayant au moins un euro de RAC (soit 26 % du total des bénéficiaires) sont en moyenne plus âgées (33 % de plus de 40 ans vs 25 %) (tableau 1) et leur proportion augmente très clairement avec l'âge : elle est inférieure à 25 % chez les moins de 25 ans, comprise entre 25 % et 30 % entre 25 et 50 ans, puis évolue de 30 % jusqu'à 38 % pour les personnes de plus de 60 ans (figure 4). Il s'agit également d'une population plus féminine (60,9 % vs 53,2 % de femmes). En outre, la proportion de personnes en ALD (12,8 % vs 9,4 %) y est plus forte, de manière corrélée avec une consommation de soins plus importante (dépense annuelle moyenne de 1 562 euros vs 785 euros).

Ces constats sont encore plus marqués

Tableau 1

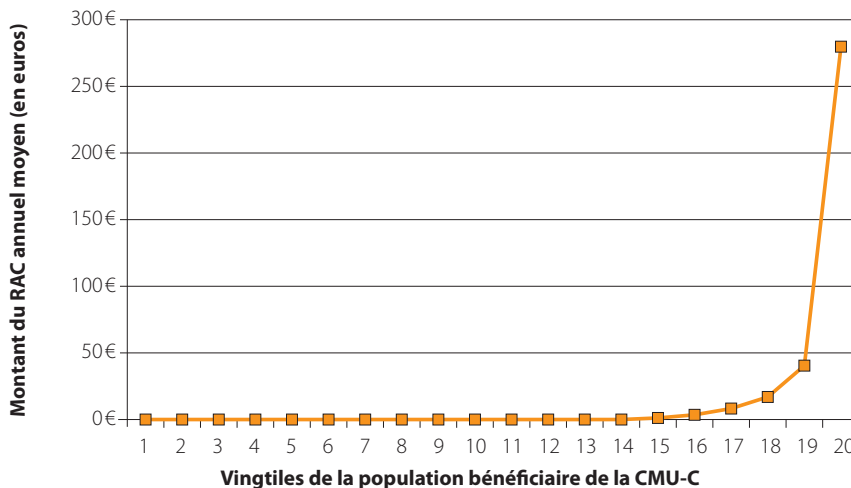
Description de la population des personnes à la CMU-C selon l'existence ou non de reste à charge en 2010

		Personnes à la CMU-C	Sans RAC	Avec au moins un euro de RAC	Appartenant au dernier décile de RAC
Effectif		44 520	32 783	11 737	1 174
Age moyen		26,6 ans	25,6 ans	29,6 ans	35,9 ans
Classes d'âge	0-19 ans	43,3 %	45,4 %	37,3 %	24,7 %
	20-39 ans	29,5 %	29,5 %	29,4 %	29,2 %
	40-60 ans	22,6 %	21,2 %	26,5 %	36,7 %
	plus de 60 ans	4,6 %	3,9 %	6,7 %	9,4 %
Sexe	Proportion de femmes	55,2 %	53,2 %	60,9 %	64,8 %
Prise en charge en ALD		10,3 %	9,4 %	12,8 %	17,6 %
Dépense moyenne (en euros)		990	785	1 562	2 881

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Figure 2

Distribution par vingtile du montant du reste à charge moyen des bénéficiaires de la CMU-C en 2010



Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

pour les personnes appartenant au dernier décile des personnes ayant un RAC (tableau 1) : 46 % ont plus de 40 ans alors que cette proportion n'est que de 25 % chez les personnes qui n'ont pas eu de RAC et près de 18 % sont inscrites en ALD contre 9 % pour les « sans RAC ».

Au sein de la population ayant un RAC d'au moins un euro, le RAC annuel moyen s'élève à 66 euros, le RAC médian étant de 15,4 euros. L'écart interquartile est de 39,6 euros (q1 = 6,5 euros ; q3 = 46,1 euros).

Le RAC annuel moyen augmente avec

l'âge (figure 5) : il s'élève à 22 euros pour les 0-4 ans, 53 euros pour les 15-19 ans, 75 euros pour les 30-34 ans, 88 euros pour les 45-49 ans et 98 euros chez les plus de 60 ans. À partir de 40 ans, le RAC annuel moyen dépasse les 60 euros, en 2010.

- **Les RAC se concentrent sur un nombre limité de prestations**

L'optique constitue de loin le poste le plus important au sein du reste à charge des bénéficiaires de la CMU-C (44 %). Les honoraires médicaux en représentent

15%, les soins dentaires (au sens large, c'est-à-dire incluant les prothèses dentaires, l'orthodontie et la stomatologie) 13% et les frais de transport 4% (tableaux 3 et 4).

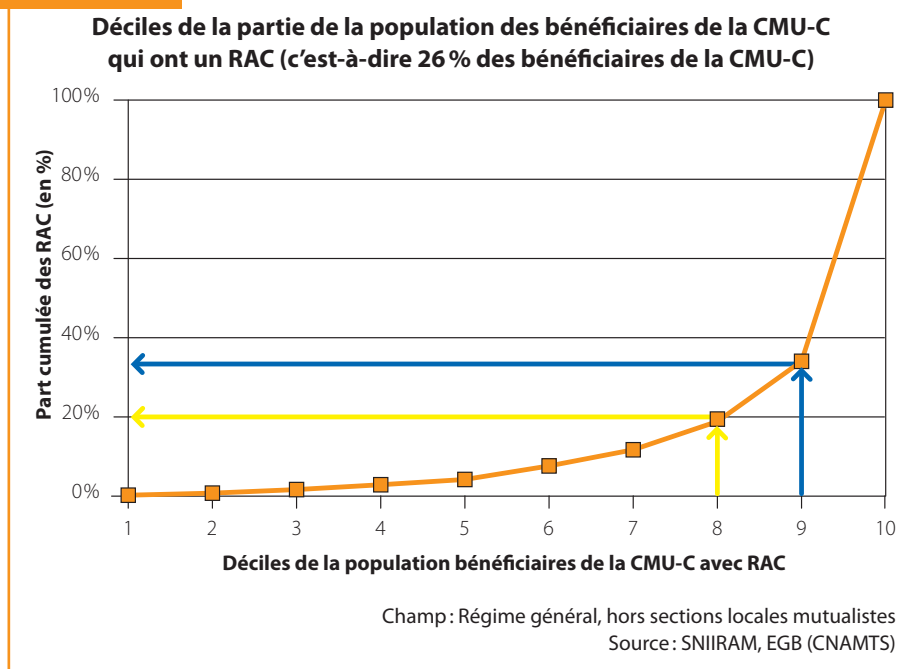
Les RAC liés aux honoraires médicaux proviennent pour deux tiers d'entre eux de dépenses de consultations médicales et, pour le tiers restant, de dépenses d'actes techniques⁴. L'identification des poids respectifs de l'ambulatoire et de l'hôpital dans le RAC total n'est pas aisée car les honoraires facturés à l'occasion d'une hospitalisation (par des médecins libéraux ou des praticiens hospitaliers exerçant en secteur privé) ne peuvent, dans cette étude, être distingués des honoraires des praticiens exerçant en ambulatoire.

Le poids des différents postes dans le reste à charge total résulte de la combinaison de plusieurs facteurs :

- la fréquence de recours aux soins pour ce poste,
- la probabilité d'avoir un reste à charge en cas de recours,
- le montant moyen de ce reste à charge quand il existe.

Ainsi, 95% des bénéficiaires ont eu recours au médecin, parmi lesquels 13% ont eu un reste à charge, ce reste à charge s'élevant alors à 22 euros en moyenne (tableau 4).

Figure 3



L'achat de lunettes est beaucoup moins fréquent (12%), mais lorsqu'il se produit, il y a un reste à charge dans 38% des cas, à hauteur de 165 euros en moyenne.

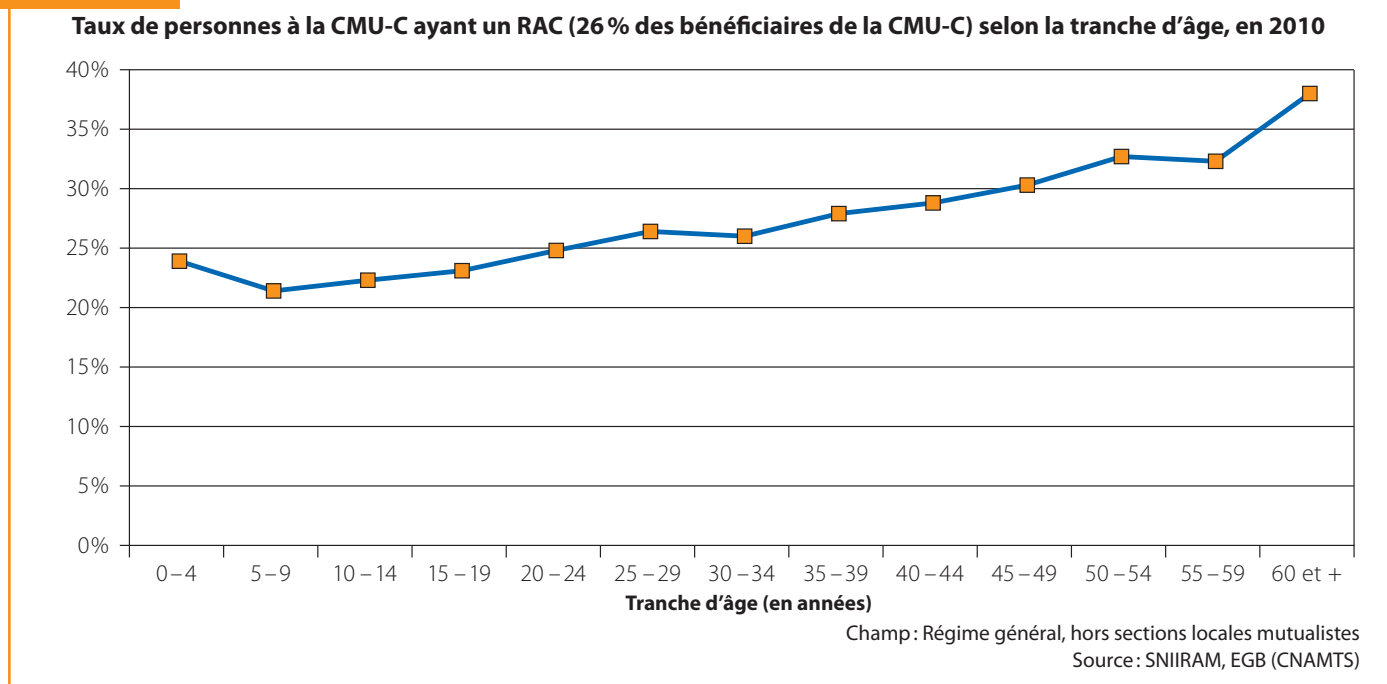
Les soins dentaires sont dans une situation intermédiaire, 28% des personnes y ont recours dans l'année, parmi lesquels 5% ont eu un reste à charge, de 180 euros en moyenne.

Les audioprothèses, auxquelles très peu de bénéficiaires ont recours (0,2%),

constituent le poste pour lequel le RAC moyen est le plus élevé (393 euros).

En proportion de la dépense totale de soins de la population bénéficiaire de la CMU-C, le reste à charge global est faible, 1,8% (tableau 3). Mais cette proportion varie considérablement selon les postes de soins : 1,1% pour les honoraires médicaux, 2,1% pour les soins dentaires, mais 46,3% pour l'optique.

Figure 4



⁴Les spécialistes de secteur 2 peuvent appliquer aux bénéficiaires de la CMU-C deux majorations spécifiques (MPC : majoration forfaitaire transitoire et MCS : majoration coordination spécialiste) qui sont prises en charge par la CMU-C. Cependant nous trouvons dans nos bases de données quelques cas de bénéficiaires avec une base de remboursement de 23 euros (consultation de spécialiste (CS)), et non de 28 euros (CS+MPC+MCS=28). Dans ce cas, l'écart est comptabilisé au titre du RAC mais il est bien remboursé aux bénéficiaires. Il s'agit probablement d'une remontée incomplète de l'information. Néanmoins, cela représente moins de 1% du montant du RAC des consultations et n'affecte pas les ordres de grandeur.

Tableau 2

Distribution des RAC par décile de personnes avec RAC en 2010
(ces personnes représentent 26% du total des bénéficiaires ayant eu recours aux soins)

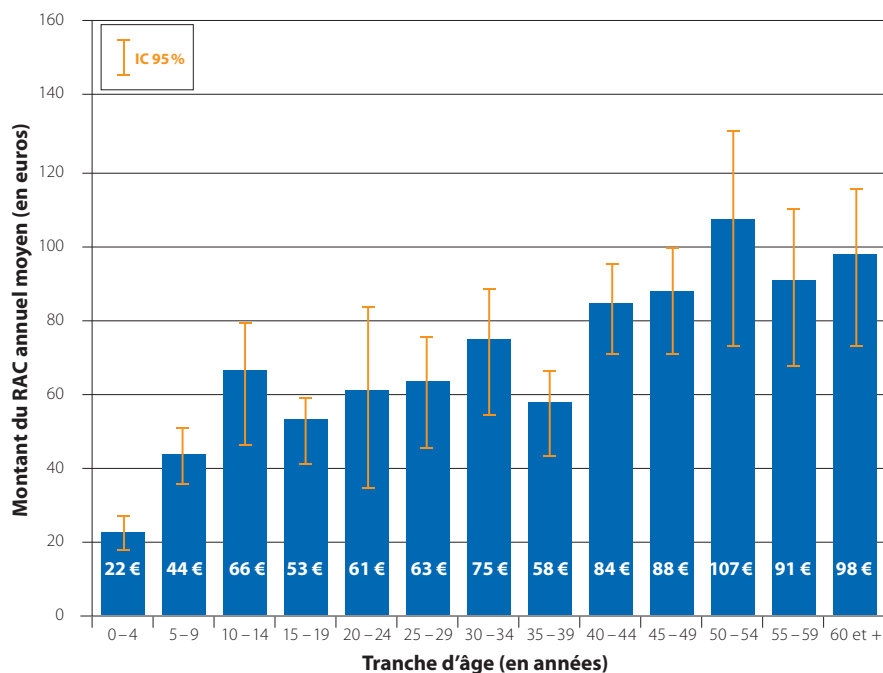
Décile	Effectif	RAC (en euros)	RAC total (en euros)	RAC moyen (en euros)	% du RAC total	% cumulés
1	1 172	< 2,5	1 896	1,6	0,2%	0,2%
2	1 168	[2,5 ; 4,9[	4 047	3,5	0,5%	0,8%
3	1 152	[4,9 ; 7,0[	7 000	6,1	0,9%	1,7%
4	1 142	[7,0 ; 10,0[	9 458	8,3	1,2%	2,9%
5	1 196	[10,0 ; 15,4[	14 990	12,5	1,9%	4,8%
6	1 211	[15,4 ; 21,3[	21 912	18,1	2,8%	7,6%
7	1 174	[21,3 ; 35,0[	31 772	27,1	4,1%	11,7%
8	1 174	[35,0 ; 65,2[	55 552	47,3	7,1%	18,9%
9	1 174	[65,2 ; 157,4[	118 125	100,6	15,2%	34,0%
10	1 174	≥ 157,4	512 956	436,9	66,0%	100,0%
	11 737		777 706	66,3		

Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes
Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Exemple de lecture: les déciles classent la population des bénéficiaires de la CMU-C qui ont eu un reste à charge en 2010 par groupe de « 10% », et dans l'ordre croissant des restes à charge. Le décile « 5 » indique que 50% des personnes ont eu un RAC inférieur à 15,4 euros. Dans ce décile, les RAC observés sont compris entre 10 et 15,4 euros, ce qui correspond à une moyenne sur ce groupe de 12,5 euros, pour un montant total des RAC sur ces 1 196 personnes de 14 990 euros. Ce montant correspond à 1,9% de la masse totale des RAC. Si nous cumulons l'ensemble des RAC observés sur toutes les personnes se situant dans les déciles 1 à 5, nous parvenons seulement à 4,8% du total des RAC.

Figure 5

Reste à charge annuel moyen, par âge, des personnes bénéficiant de la CMU-C et ayant eu un reste à charge en 2010 (26% des bénéficiaires de la CMU-C)



Champ: Régime général, hors sections locales mutualistes
Source: SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

● **Les RAC les plus élevés sont composés aux trois quarts de frais dentaires et de matériel médical**

Le reste à charge annuel moyen du dernier décile de personnes avec RAC, c'est-à-dire 2,5% de la population totale CMU-C (n=1 174), s'élève à 440 euros ; il est composé principalement de matériel médical (57%), correspondant à un montant moyen de 250 euros dont l'essentiel est lié à des dépenses d'optique (224 euros). Près des trois quarts des personnes à la CMU-C ont des restes à charge en matériel médical, qui s'élèvent en moyenne à 324 euros (tableau 5). Le deuxième poste responsable du RAC est le dentaire, pesant pour plus de 17% dans le RAC total.

Plus de 10% des personnes du dernier décile (160 personnes) ont un reste à charge annuel supérieur à 600 euros en 2010, composé principalement de matériel médical (38%) - dont 82% correspond à de l'optique (verres et montures) et 12% à de l'audioprothèse - et de soins dentaires (23%).

Tableau 3

Dépenses, remboursements et restes à charge des bénéficiaires de la CMU-C par postes de soins en 2010

	Nombre de consommateurs du poste (*)	Dépense totale (en euros)	Montant remboursé RG (en euros)	Montant remboursé CMU-C (en euros)	Montant remboursé total (RG + CMU-C) (en euros)	Reste à charge (en euros)	Structure du reste à charge	Part du RAC dans la dépense
SOINS DE VILLE								
Honoraires médicaux	41 986	10 393 989	7 608 651	2 668 067	10 276 718	117 271	15,1%	1,1%
<i>Consultations</i>	40 610	6 504 605	4 491 120	1 941 702	6 432 822	71 783	9,2%	1,1%
<i>Visites (y compris les frais de déplacement)</i>	5 041	513 198	388 046	121 978	510 024	3 174	0,4%	0,6%
<i>Actes techniques (y compris radiologie)</i>	20 634	3 114 005	2 484 481	587 794	3 072 275	41 729	5,4%	1,3%
<i>Forfaits techniques (IRMN, scanner...)</i>	948	144 134	143 687	383	144 071	63	0,0%	0,0%
<i>Autres honoraires médicaux</i>	3 128	118 048	101 317	16 209	117 526	522	0,1%	0,4%
Dentaires	12 500	4 804 283	2 095 727	2 604 284	4 700 011	103 272	13,3%	2,1%
Prescriptions	41 635	17 856 880	11 856 094	5 532 518	17 388 612	468 268	60,1%	2,6%
<i>Actes des auxiliaires médicaux (y compris les frais de déplacement)</i>	9 798	2 525 876	1 757 005	753 673	2 510 678	15 198	2,0%	0,6%
<i>Biologie</i>	15 483	1 949 584	1 336 000	607 476	1 943 475	6 109	0,8%	0,3%
<i>Pharmacie</i>	40 578	11 001 645	7 457 130	3 525 575	10 982 705	18 940	2,4%	0,2%
<i>LPP</i>	16 818	2 379 776	1 305 959	645 795	1 951 754	428 022	54,9%	18,0%
- <i>dont optique</i>	5 504	741 112	115 442	282 598	398 041	343 071	44,0%	46,3%
- <i>dont audioprothèses</i>	106	71 212	28 478	29 775	58 253	12 959	1,7%	18,2%
Transports	2 279	1 169 490	927 684	212 786	1 140 471	29 020	3,7%	2,5%
<i>Autres prestations</i>	90	35 295	26 287	7 263	33 550	1 745	0,2%	4,9%
TOTAL SOINS DE VILLE	44 286	34 259 937	22 514 444	11 024 918	28 839 351	719 576	92,4%	2,1%
HOSPITALISATION PRIVÉE								
Etablissements sanitaires	3 149	3 979 605	3 705 297	236 110	3 941 407	38 197	4,9%	1,0%
<i>Médecine-Chirurgie-Obstétrique</i>	3 031	2 853 834	2 724 981	124 099	2 849 080	4 753	0,6%	0,2%
<i>Psychiatrie</i>	62	420 675	369 903	46 965	416 868	3 807	0,5%	0,9%
<i>Soins de suite et de réadaptation</i>	101	705 096	610 413	65 046	675 459	29 637	3,8%	4,2%
Etablissements médico-sociaux	265	5 787 643	5 584 116	183 215	5 767 330	20 313	2,6%	0,4%
TOTAL HOSPITALISATION PRIVÉE	3 393	9 767 248	9 289 413	419 325	9 708 737	58 510	7,5%	0,6%
HOSPITALISATION PUBLIQUE								
	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	44 317	44 027 185	31 803 856	11 444 243	43 248 099	779 086	100,0%	1,8%

(*) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année pour le poste considéré.

n. c. = non calculé. Par construction, compte tenu de la réglementation – prise en charge à la CMU-C du forfait journalier, de la participation assuré (forfait 18 euros) et du ticket modérateur hospitaliers – le RAC à l'hôpital public n'a pas été calculé (sont néanmoins compris dans les RAC les honoraires du secteur privé à l'hôpital public).

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Tableau 4

**Dépenses annuelles moyennes, remboursements annuels moyens et restes
à charge annuels moyens des bénéficiaires de la CMU-C par postes de soins en 2010**

	Dépense moyenne par consommant du poste (*) (en euros)	Remboursement moyen par consommant du poste (*) (en euros)	RAC moyen par consommant du poste avec RAC (**) (en euros)	RAC moyen par ensemble des consommants (en euros)	Nombre de consommants du poste (*)	Nombre de consommants du poste avec RAC (**)	Part des consommants du poste avec RAC
SOINS DE VILLE							
Honoraires médicaux	248	245	22	3	41 986	5 318	12,7%
<i>Consultations</i>	160	158	17	2	40 610	4 152	10,2%
<i>Visites (y compris les frais de déplacement)</i>	102	101	13	1	5 041	238	4,7%
<i>Actes techniques (y compris radiologie)</i>	151	149	30	2	20 634	1 379	6,7%
<i>Forfaits techniques (IRMN, scanner...)</i>	152	152	32	0	948	2	0,2%
<i>Autres honoraires médicaux</i>	38	38	7	0	3 128	74	2,4%
Dentaires	384	376	179	8	12 500	578	4,6%
Prescriptions	429	418	64	11	41 635	7 348	17,6%
<i>Actes des auxiliaires médicaux (y compris les frais de déplacement)</i>	258	256	36	2	9 798	422	4,3%
<i>Biologie</i>	126	126	20	0	15 483	304	2,0%
<i>Pharmacie</i>	271	271	11	0	40 578	1 728	4,3%
<i>LPP</i>	142	116	78	25	16 818	5 504	32,7%
- <i>dont optique</i>	135	72	165	62	5 504	2 075	37,7%
- <i>dont audioprothèses</i>	672	550	393	122	106	33	31,1%
Transports	513	500	236	13	2 279	123	5,4%
Autres prestations	392	373	67	19	90	26	28,9%
TOTAL SOINS DE VILLE	774	651	62	16	44 286	11 629	26,3%
HOSPITALISATION PRIVÉE							
Etablissements sanitaires	1 264	1 252	227	12	3 149	168	5,3%
<i>Médecine-Chirurgie- Obstétrique</i>	942	940	30	2	3 031	157	5,2%
<i>Psychiatrie</i>	6 785	6 724	1 269	61	62	3	4,8%
<i>Soins de suite et de réadaptation</i>	6 981	6 688	3 293	293	101	9	8,9%
Etablissements médico-sociaux	21 840	21 764	2 257	77	265	9	3,4%
TOTAL HOSPITALISATION PRIVÉE	2 879	2 861	331	17	3 393	177	5,2%
HOSPITALISATION PUBLIQUE							
	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	993	976	66	18	44 317	11 737	26,5%

(*) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année pour le poste considéré.

(**) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année et avec un RAC pour le poste considéré.

n.c. = non calculé. Par construction, compte tenu de la réglementation – prise en charge à la CMU-C du forfait journalier, de la participation assuré (forfait 18 euros) et du ticket modérateur hospitalier – le RAC à l'hôpital public n'a pas été calculé (sont néanmoins compris dans les RAC les honoraires du secteur privé à l'hôpital public).

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Tableau 5

Distribution du RAC total du dernier décile des bénéficiaires à la CMU-C avec un RAC en 2010

	RAC du dernier décile (en euros)	RAC moyen du dernier décile (en euros)	Répartition du RAC du dernier décile par poste
Honoraires médicaux	38 685	33,0	7,5%
<i>Consultations</i>	20 794	17,7	4,1%
<i>Visites (y compris les frais de déplacement)</i>	372	0,3	0,1%
<i>Actes techniques (y compris radiologie)</i>	17 462	14,9	3,4%
<i>Forfaits techniques (IRMN, scanner...)</i>	0	0,0	0,0%
<i>Autres honoraires médicaux</i>	57	0,0	0,0%
Dentaires	88 971	75,8	17,3%
Prescriptions	301 965	257,2	58,9%
<i>Actes des auxiliaires médicaux (y compris les frais de déplacement)</i>	5 407	4,6	1,1%
<i>Biologie</i>	803	0,7	0,2%
<i>Pharmacie</i>	3 480	3,0	0,7%
<i>LPP</i>	292 274	249,0	57,0%
- <i>dont optique</i>	262 491	223,6	51,2%
- <i>dont audioprothèse</i>	12 518	10,7	2,4%
Transports	26 873	22,9	5,2%
Autres prestations	807	0,7	0,2%
TOTAL SOINS DE VILLE	457 301	389,5	89,2%
Etablissements sanitaires	35 433,0	30,2	6,9%
<i>Médecine-Chirurgie-Obstétrique</i>	1 378	1,2	0,3%
<i>Psychiatrie</i>	3 888	3,3	0,8%
<i>Soins de suite et de réadaptation</i>	30 167	25,7	5,9%
Etablissements médico-sociaux	20 222	17,2	3,9%
TOTAL HOSPITALISATION PRIVÉE	55 655	47,4	10,8%
TOTAL HOSPITALISATION PUBLIQUE	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	512 956	436,9	100,0%

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Encadré 2 (suite)

Nomenclature	Codes liquidation	Codes tips	Montant maximum pris en charge en sus du tarif (en euros)	Prix limite de vente (en euros)
Monture	OPM	202A01	20,02	22,87
Sphère de -6 à +6	OP1	202A00.11	13,57	15,85
Sphère de -6,25 à -10,00 ou de 6,25 à +10,00	OP3	202A00.12	22,56	26,68
Sphère située en dehors de la zone -10,00 à +10,00	OP3	202A00.13	19,06	26,68
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et de sphère allant de -6,00 à +6,00	OP2	202A00.21	15,09	18,75
Cylindre inférieur ou égal à +4,00 et de sphère allant de -6,00 à +6,00	OP3	202A00.22	18,92	26,68
Cylindre supérieur à +4,00 et de sphère allant de -6,00 à +6,00	OP3	202A00.23	20,43	26,68
Cylindre supérieur à +4,00 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6,00 à +6,00	OP3	202A00.24	17,23	26,68
Sphère allant de -4,00 à +4,00	OP4	202A00.31	34,61	41,92
Sphère située en dehors de la zone allant de -4,00 à +4,00	OP4	202A00.32	31,1	41,92
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8,00 à +8,00	OP5	202A00.41	33,08	43,45
Quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8,00 à +8,00	OP6	202A00.42	32,62	57,17

Source : arrêté du 14 août 2002 relatif aux conditions de prise en charge et aux prix limites de vente des équipements d'optique aux bénéficiaires de la CMU-C

Tableau 6

Dépense, remboursement et RAC en optique des bénéficiaires de la CMU-C, ayant bénéficié de prestations d'optique en 2010

	Dépense moyenne	Montant moyen remboursé RG	Montant moyen remboursé CMU-C	Montant remboursé moyen (RG + CMU-C)	Reste à charge moyen
Optique (en euros)	135	21	51	72	63

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

Tableau 7

RAC moyen en optique selon les prestations

	% consommateurs	RAC moyen (en euros)
Verres	98,7 %	33,2
Monture	94,8 %	30,6

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS)

● Focus sur l'optique et le dentaire

L'optique et les soins dentaires sont deux secteurs qui peuvent générer des restes à charge élevés.

Ainsi pour les personnes qui ont eu recours à des soins dentaires et qui ont eu un reste à charge (5 % des personnes qui ont reçu des soins dentaires), celui-ci s'élève en moyenne à 180 €.

Pour les dépenses d'optique, près des deux tiers des bénéficiaires n'ont rien eu à déboursier, mais le reste à charge moyen pour le tiers restant s'élève à 165 euros sur l'année, et est supérieur à 300 euros pour 5% d'entre eux. Il n'y a pas de différence significative dans le contenu

et la structure de la dépense (monture, types de verres) selon qu'il y a ou non un reste à charge (tableaux 6 et 7).

Ces résultats sur l'optique et le dentaire sont cohérents avec ceux de la DREES qui évaluait en 2006 les contrats complémentaires de A à D [5] : l'étude montre que la CMU-C offre une meilleure garantie pour les prothèses dentaires (contrat en classe B pour ce poste) que pour les lunettes (contrat en classe C pour ce poste).

Les RAC en dentaire et en optique sont très concentrés : les 1 % de bénéficiaires de la CMU-C qui ont le RAC global le plus

élevé concentrent 30 % des RAC en dentaire et 16 % des RAC en optique.

Le RAC en optique s'élevait à 32,7 euros en moyenne pour les verres, avec de fortes variations selon l'âge et le type de verre : de 18,7 euros pour les 0-14 ans à 52,6 euros pour les 60 ans et plus, moins de 40 euros pour un verre simple foyer et plus de 40 euros pour un verre multifocal progressif.

Le RAC moyen pour les montures atteignait 28,5 euros, avec des moyennes de 23,6 euros et 30,7 euros respectivement pour les montures destinées aux enfants et celles destinées aux adultes.



Conclusion

Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes ayant de faibles revenus ont, au titre de la CMU-C, une protection complémentaire gratuite. Les trois quarts d'entre eux ont fait appel au système de santé, en 2010, sans avoir aucun reste à charge ; 85 % ont eu moins de 10 euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, 95 % moins de 65 euros, soit 5 euros par mois.

Cependant, une minorité est confrontée à des RAC élevés : 5 % des bénéficiaires ont à leur charge une somme de 270 euros en moyenne, et pour 1 % cette somme atteint 690 euros en moyenne. Même si les pourcentages de population sont faibles, ils ne sont pas négligeables

et les sommes en cause sont élevées au regard des revenus des personnes.

Ces restes à charge parfois importants concernent notamment le domaine de l'optique et des soins dentaires (au sens large, c'est-à-dire en incluant non seulement les honoraires dentaires, mais également les prothèses, l'orthodontie et la stomatologie) : l'optique est le premier poste contribuant au RAC ; viennent ensuite les soins dentaires, puis les consultations et visites. Les actes médicaux, diagnostics et thérapeutiques, et les transports représentent une part plus faible du RAC total.

Les RAC élevés sont concentrés sur certains postes de soins : en optique, 4 bénéficiaires sur 10 ont eu un RAC, qui est en moyenne de 60 euros et peut atteindre 300 euros pour 5 % des bénéficiaires qui ont eu un RAC en optique. En dentaire, ce sont 5 % des bénéficiaires qui ont eu un RAC, de l'ordre de 180 euros.

Par ailleurs, si les résultats permettent de quantifier les RAC et d'en identifier les principales sources, ils ne permettent pas de comprendre les circonstances dans lesquelles les assurés peuvent être amenés à une participation financière élevée. Une enquête qualitative et quantitative auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la CMU-C ainsi que d'un échantillon d'opticiens est en cours pour compléter cette première analyse (encadré 5).

Encadré 5

ÉTUDE DES CIRCONSTANCES DE LA CONSOMMATION DE SOINS EN OPTIQUE À L'ORIGINE DE RESTES À CHARGE CHEZ LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU-C

Cette étude a montré que, pour les bénéficiaires de la CMU-C, les restes à charge (RAC), notamment sur l'optique, sont fréquents et représentent parfois un budget important.

Deux cas de figure peuvent se présenter *a priori* :

- certains de ces RAC peuvent résulter de choix volontaires s'inscrivant dans une démarche de consommation : les bénéficiaires peuvent faire le choix de prestations ne figurant pas explicitement dans le panier de soins (montures de marque, etc.),

- *a contrario*, certains RAC peuvent être subis, dans l'hypothèse où le choix limité proposé par le professionnel (opticien) ne permet pas d'être totalement pris en charge dans le cadre du panier de soins.

Dans ce contexte, l'Assurance maladie, qui gère une grande partie de la CMU-C souhaite améliorer le service rendu aux bénéficiaires de la CMU-C et garantir le meilleur accès aux soins.

C'est pourquoi la CNAMTS a souhaité mener une étude complémentaire, dont la réalisation a été confiée au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC).

Cette étude a deux objectifs :

- quantifier et caractériser les pratiques de consommation de soins en optique à l'origine de RAC « significatifs » chez les bénéficiaires de la CMU-C ;
- identifier les circonstances, causes et motivations des RAC subis, et les hiérarchiser afin de pouvoir définir des solutions spécifiques.

L'étude demandée par la CNAMTS comporte deux volets :

Un premier volet qualitatif exploratoire a été conduit par enquête en « face à face » à la fois auprès de 20 opticiens et de 20 bénéficiaires de la CMU-C.

Une partie de l'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon le plus représentatif possible des opticiens présents sur le marché français, selon le type d'enseignes (indépendants, franchisés et commerces associés), la localisation géographique (centre ville ou périphérie), l'implantation (rues commerçantes, centres commerciaux) et la proportion de bénéficiaires de la CMU-C qui constitue leur clientèle.

Elle a deux objectifs :

- recenser les éventuelles difficultés auxquelles ces professionnels sont confrontés actuellement pour offrir un choix de

qualité aux bénéficiaires de la CMU-C,

- identifier les solutions possibles qu'ils préconiseraient pour éviter que cette clientèle ne soit contrainte d'aller au-delà des offres qui leurs sont faites.

L'autre partie de l'enquête qualitative a été réalisée auprès de bénéficiaires de la CMU-C.

Elle a deux objectifs :

- connaître les circonstances et motifs de consommation de soins en optique de bénéficiaires de prestations d'optique (avec RAC ou non) : prestations proposées par les opticiens, choix de consommation... ;

- identifier les attentes de ces bénéficiaires vis-à-vis de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Un second volet quantitatif de hiérarchisation a été réalisé par questionnaire téléphonique et a pour objectif d'estimer la proportion des bénéficiaires de la CMU-C ayant supporté des RAC « significatifs » subis/contraints dans le cadre de soins d'optique. Les bénéficiaires interrogés sont affiliés aux CPAM de Lille-Douai, Roubaix-Tourcoing, Lyon, Bordeaux, Créteil, Bobigny et Marseille.

Les résultats des deux volets de cette enquête feront l'objet d'une prochaine publication.



Bibliographie

[1] Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Points de repère n° 8, CNAMTS, août 2007.

[2] Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C en 2006 ? Études et Résultats n° 675, DREES, janvier 2009.

[3] Quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU. Fonds CMU, juillet 2009.

[4] L'échantillon généraliste de bénéficiaires. Points de repère n° 25, CNAMTS, septembre 2009.

[5] Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007. Études et Résultats n° 698, DREES, août 2009.

[6] La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. Questions d'économie de la santé n° 161, Irdes, janvier 2011.



Collection des points de repère

N° 1 – Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée

N° 2 – La progression des génériques au premier trimestre 2006

N° 3 – Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance maladie

N° 4 – L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples

N° 5 – Déterminants de l'évolution des indemnités journalières maladie

N° 6 – La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens

N° 7 – Prise en charge de la mucoviscidose en affection de longue durée

N° 8 – Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU Complémentaire

N° 9 – Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006

N° 10 – Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions des traitements entre 2000 et 2006

N° 11 – Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie

N° 12 – Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments

N° 13 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005

N° 14 – Un an de codage CCAM en secteur libéral – premiers résultats sur une année complète : 2006

N° 15 – Les dispositifs médicaux : situation et évolution en 2007

N° 16 – Les causes médicales de l'invalidité en 2006

N° 17 – Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre

N° 18 – Les maladies chroniques psychiatriques et neurologiques des enfants et adolescents en France : prévalence des affections de longue durée en 2004

N° 19 – Les données 2007 du codage de la biologie médicale

N° 20 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007

N° 21 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2007

N° 22 – Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS

N° 23 – Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006

N° 24 – Remboursement de médicaments antiasthmatiques : une approche de la prévalence et du contrôle de l'asthme

N° 25 – L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites

N° 26 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2008

N° 27 – Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008

N° 28 – La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire

N° 29 – Les associations d'actes CCAM en 2008

N° 30 – Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation 5 ans après l'autorisation

N° 31 – Évolution des actes techniques en secteur libéral en 2009

N° 32 – Baisse des accidents du travail sur le long terme : sinistralité et éléments explicatifs par secteur d'activité

N° 33 – Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009

N° 34 – Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009

Contact : pauline.ricci@cnamts.fr