

Quelques facteurs explicatifs de la croissance des soins de ville remboursés par le RSI en 2008 (France entière)

L'INSTAURATION DES FRANCHISES MEDICALES A MODERE LA CROISSANCE DES SOINS DE VILLE REMBOURSES ...

En 2008, le Régime Social des Indépendants a versé à ses ressortissants un peu plus de 2,8 milliards d'euros de prestations entrant dans le champ des soins de ville, hors indemnités journalières, soit une progression de +2,6% par rapport à 2007.

Cette croissance peut s'expliquer par différents facteurs ; l'augmentation du nombre de bénéficiaires ayant recours aux soins, la progression de la consommation moyenne individuelle, ou encore, une modification du taux de prise en charge. Il est possible d'observer des différences significatives d'évolution et de contribution des facteurs, selon que le ressortissant bénéficie, ou non, d'une prise en charge dans le cadre d'une Affection de Longue Durée (ALD).

Au sein du RSI, la croissance des remboursements de soins de ville résulte essentiellement d'une progression relativement importante de la population protégée, mais aussi d'une augmentation de la consommation individuelle moyenne dans de nombreux postes de dépenses. La population protégée par le RSI continue de s'accroître chaque année ; en 2008, la progression des bénéficiaires prestataires avoisine les +3,4% au sein du régime. Cette augmentation est légèrement plus faible au sein de la population prise en charge dans le cadre d'une ALD (+2,8% contre +3,4% pop. non ALD).

Encadré 1 : Méthodologie de l'étude

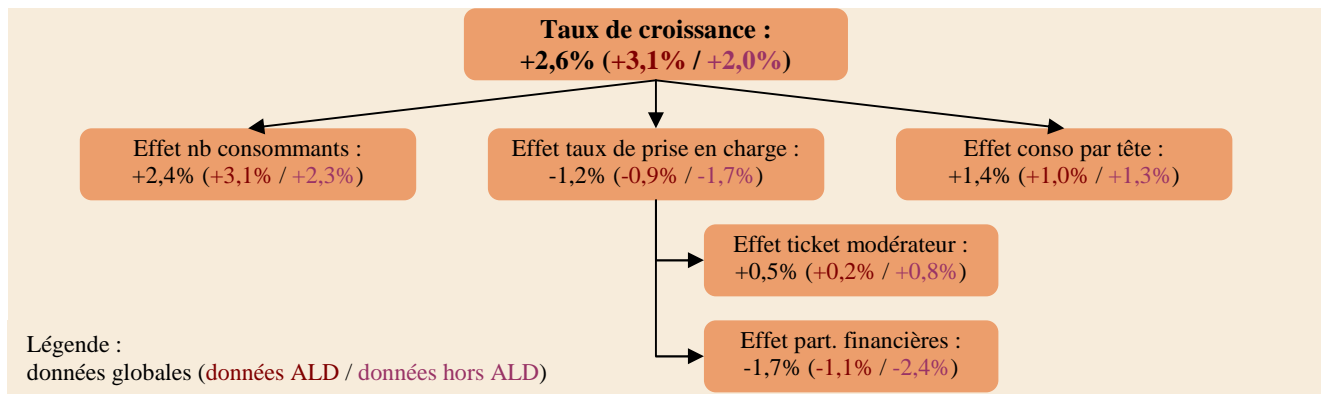
La méthodologie utilisée est commune aux régimes d'Assurance Maladie ; la croissance des soins de ville est décomposée en plusieurs facteurs explicatifs, comme notamment le nombre de consommateurs, la consommation par tête... Les données sont issues du système informationnel OCAPI.

Les graphiques illustrant cette étude présentent les données globales du RSI, ainsi qu'une ventilation selon le statut du bénéficiaire des soins au regard d'une exonération au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD).

Les profils de consommation des bénéficiaires du régime diffèrent selon qu'ils sont exonérés au titre d'une ALD. En effet, l'analyse des évolutions des consommations de soins entre 2007 et 2008 met en exergue le fait que les bénéficiaires d'une ALD accroissent leur recours aux soins à l'inverse des autres bénéficiaires, dans la plupart des cas. Ce constat permet d'expliquer l'accroissement plus rapide du nombre de consommateurs au sein de la population ALD.

Toutefois, l'année 2008 est marquée par un abaissement significatif du taux de prise en charge dans l'ensemble des postes de dépenses des soins de ville, exception faite du poste relatif aux indemnités journalières. Ceci s'explique par plusieurs facteurs, dont la mise en œuvre des franchises médicales, en début d'année 2008, ainsi que l'élévation du plafond journalier de la participation forfaitaire, en fin d'année 2007, qui permettent de contenir la croissance des différents postes constituant les soins de ville, et plus particulièrement celle du poste pharmacie. Tels sont, en résumé, les enseignements de l'analyse détaillée qui suit.

Décomposition du taux de croissance des soins de ville, hors IJ, entre 2007 et 2008
RSI – France entière



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

En 2008, les soins de ville remboursés par le RSI progressent de +2,6% contre +5,1% en 2007. Globalement, deux facteurs contribuent à modérer la croissance des remboursements de ce poste : une baisse liée au taux de prise en charge et une faible croissance de la consommation moyenne individuelle. A l'inverse, le nombre de consommateurs contribue à la hausse dans les mêmes proportions qu'en 2007.

S'agissant de l'effet lié au taux de prise en charge, l'impact de la mise en œuvre des franchises médicales et du dé plafonnement de la participation forfaitaire (-1,7 pt) permet de contenir la croissance des soins de ville, hors IJ, malgré une légère progression du ticket modérateur¹ (+0,5 pt).

Deux facteurs impactent la croissance à la hausse : l'augmentation du nombre de consommateurs y contribue pour deux tiers (+2,4 pts), le tiers restant revenant à la progression de la consommation moyenne par tête (+1,4 pt). A l'exception des dépenses relatives aux actes pratiqués par des spécialistes, les hausses tarifaires se sont accompagnées d'évolutions faibles en volumes. D'une manière générale, la hausse du nombre de consommateurs reste moins élevée que celle de la population protégée² par le RSI (+2,4% contre +3,4%), et l'impact de la structure d'âge est quasi nul. Ainsi, la population protégée par le RSI progresse rapidement en 2008, mais le taux de recours aux soins diminue (-0,9 pt).

LA POPULATION EXONEREE AU TITRE D'UNE ALD TIRE LA CROISSANCE VERS LE HAUT

En 2008, la croissance des remboursements de soins de ville est plus dynamique au sein de la population prise en charge dans le cadre d'une ALD : +3,1% contre +2,0% (population non ALD).

La contribution du nombre de consommateurs au taux de croissance diffère sensiblement entre ces deux populations. Au sein de la population non ALD, cette contribution est moindre : +2,3 pts contre +3,1 pts au sein de la population ALD. Cette différence s'explique principalement par une évolution du taux de recours aux soins différente : en hausse pour les bénéficiaires en ALD (+0,7 pt) et en baisse (-1,1 pt) pour les non ALD. L'effet de l'augmentation de la consommation par tête est faible pour les deux populations.

S'agissant de l'effet du taux de prise en charge, l'impact lié à la mise en œuvre des franchises médicales et du dé plafonnement de la participation forfaitaire est plus marqué au sein de la population non ALD : -2,4 pts contre -1,1 pt (pop. ALD). Les bénéficiaires en ALD ont une consommation plus fréquente et atteignent donc plus souvent les plafonds fixés pour ces mesures.

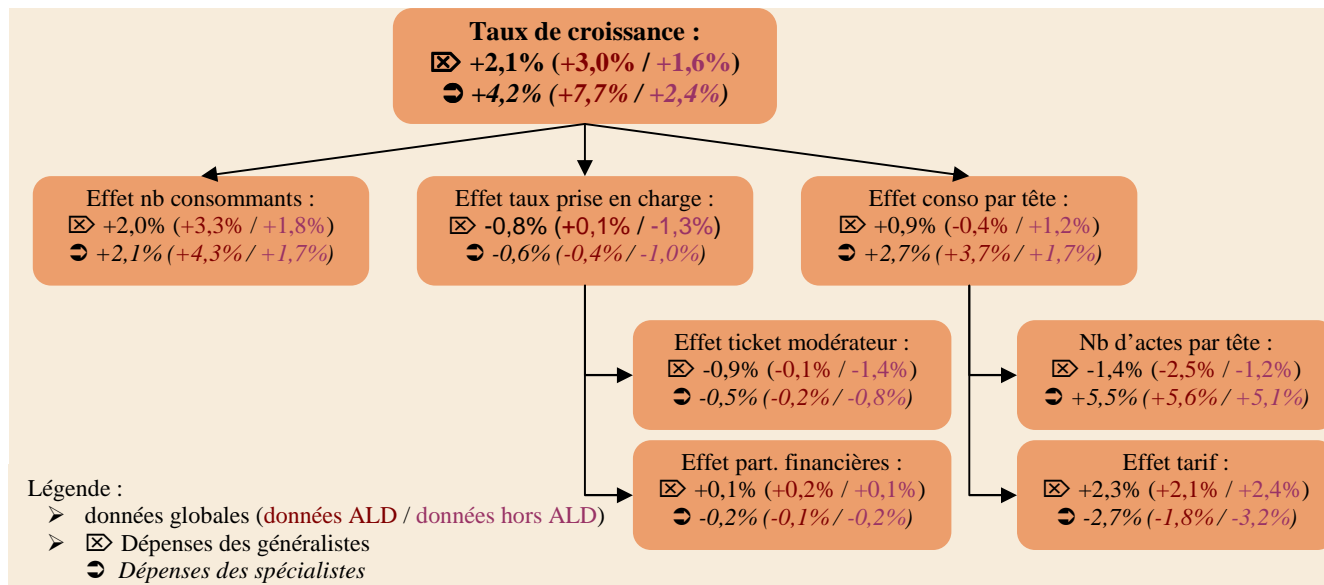
LES BENEFICIAIRES D'UNE ALD EXONERANTE AUGMENTENT LEUR RECOURS AUX MEDECINS, TANT GENERALISTES QUE SPECIALISTES

Les remboursements des dépenses des généralistes progressent de +2,1% en 2008 contre +5,6% en 2007. Cette croissance s'explique essentiellement par l'augmentation du nombre de consommateurs (+2,0 pts), causée par l'augmentation de la population protégée. Malgré une diminution sensible du nombre d'actes par consommant, l'effet tarif est relativement élevé

¹ Dans cette étude, le ticket modérateur représente le taux de remboursement moyen, hors participations financières (franchises médicales et participations forfaitaires).

² Dans cette étude, la population protégée diffère sensiblement de celle des états statistiques de population établis à une date donnée, car elle prend en compte les droits maintenus et porte sur l'ensemble de l'année.

Décomposition des taux de croissance des dépenses des généralistes et des spécialistes entre 2007 et 2008
RSI – France entière



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

(+2,3 pts) et conduit à une augmentation de la consommation individuelle qui impacte la progression des remboursements, mais dans une moindre mesure (+0,9 pt). L'effet taux de prise en charge contribue à modérer les remboursements des actes réalisés par des généralistes en raison, notamment, de l'abaissement du ticket modérateur (-0,9 pt) qui résulte, en partie, du moindre remboursement des soins réalisés hors parcours de soins coordonnés³.

La croissance de ce poste est plus importante au sein de la population ALD : +3,0% contre +1,6% (pop. non ALD). Cette différence résulte de deux facteurs. D'une part, le nombre de consommateurs s'accroît plus fortement au sein de la population ALD (+3,3 pts contre +1,8 pt pop. non ALD) du fait de l'augmentation du taux de recours au sein de cette population (+1,0 pt contre -1,7 pt pop. non ALD). D'autre part, le taux de prise en charge diminue au sein de la population non ALD alors qu'il est quasi nul pour la population en ALD ; l'effet induit sur la croissance des remboursements est de +0,1 pt (pop. ALD) contre -1,3 pt (pop. non ALD). Ceci s'explique par une plus forte diminution du ticket modérateur au sein de la population non ALD. En effet, cette population est probablement moins encline à respecter le parcours de soins coordonnés que la population bénéficiant d'une ALD : -0,1 pt (pop. ALD) contre -1,4 pt (pop. non ALD).

La consommation individuelle moyenne d'actes réalisés par des généralistes progresse plus rapidement au sein de la population non ALD : +1,2 pt (pop. non ALD) contre -0,4 pt (pop. ALD). A l'inverse, l'accroissement de la consommation individuelle moyenne, d'actes

réalisés par des spécialistes, est plus marqué au sein de la population ALD : +3,7 pts contre +1,7 pt (pop. non ALD).

Même si le nombre d'actes par tête décroît plus rapidement au sein de la population ALD, celui-ci diminue au sein des deux groupes de populations : -2,5 pts (pop. ALD) contre -1,2 pt (pop. non ALD).

Concernant les remboursements des dépenses des spécialistes, ceux-ci progressent de +4,2% en 2008, soit une augmentation deux fois plus importante que pour les généralistes. Cette croissance s'explique en partie par l'augmentation du nombre de consommateurs (+2,1 pts) ; la réduction du recours à ces soins (-1,1 pt) ne suffisant pas à compenser l'effet de la hausse de la population protégée. Par ailleurs, la consommation individuelle moyenne impacte également la croissance de ce poste (+2,7 pts) en raison d'une augmentation relativement forte du nombre d'actes par consommant (+5,5 pts) indépendamment de leur âge.

Comme pour la croissance des dépenses des généralistes, celle des spécialistes est plus importante au sein de la population ALD : +7,7% contre +2,4% (pop. non ALD). Cette différence résulte de deux facteurs principaux. D'une part, le nombre de consommateurs s'accroît plus fortement au sein de la population ALD (+4,3 pts contre +1,7 pt pop. non ALD)

³ En cas de non respect du parcours de soins, le taux de remboursement des consultations, qui avait été abaissé à 60% en novembre 2006, est passé à 50% en septembre 2007, puis à 30% au 31 janvier 2009.

N°33 – octobre 2009

en raison de l'augmentation du taux de recours au sein de cette population (+1,9 pt contre -1,6 pt pop. non ALD). D'autre part, la consommation individuelle progresse également de manière plus marquée au sein de la population ALD : +3,7 pts contre +1,7 pt (pop. non ALD). Ceci s'explique par une différence d'évolution de la structure des soins consommés au sein des deux populations étudiées. En effet, même si les soins consommés sont, en moyenne, moins onéreux au sein des deux groupes de bénéficiaires, cet effet est plus marqué au sein de la population non ALD : -3,9 pts contre -2,5 pts (pop. ALD). Les volumes d'actes pratiqués par des spécialistes augmentent en 2008 : +5,6 pts (pop. ALD) contre +5,1 pts (pop. non ALD).

L'effet du taux de prise en charge des soins dispensés par les spécialistes est comparable à celui observé chez les généralistes. Il contribue à abaisser la croissance des dépenses des spécialistes dans les deux groupes de population, néanmoins son impact est plus important au sein de la population non ALD : -1,0 pt contre -0,4 pt (pop. ALD). Comme pour les remboursements de soins pratiqués par des généralistes, le taux de remboursement moyen, hors participations financières, décroît plus rapidement au sein de la population non ALD. Cette dernière est probablement moins encline à respecter le parcours de soins coordonnés que les bénéficiaires d'une ALD.

LA CROISSANCE DES DEPENSES DE PHARMACIE LIMITEE PAR LA MISE EN ŒUVRE DES FRANCHISES MEDICALES

Comparativement aux années antérieures, les remboursements des dépenses de pharmacie progressent faiblement en 2008 : +0,5%. Le taux de croissance de ces remboursements est comparable au sein des deux groupes de population étudiés : +0,4% (pop. ALD) contre +0,6% (pop. non ALD).

D'une manière générale, l'augmentation du nombre de consommateurs (+2,8 pts) tire la croissance du poste pharmacie vers le haut alors que le taux de prise en charge et la consommation individuelle tendent à l'abaisser (respectivement -1,9 pt et -0,3 pt). L'effet lié à la mise en œuvre des franchises médicales en début d'année 2008 est important pour ce poste (-3,5 pts) et inhibe totalement celui lié à l'augmentation du ticket modérateur (+1,6 pt). Les volumes de médicaments délivrés par consommant diminuent significativement (-5,1 pts) et permettent ainsi de contrebalancer intégralement l'effet tarif de ce poste (+5,0 pts) qui résulte essentiellement d'un effet de structure. En effet, même si les bénéficiaires se font délivrer une quantité moindre de médicaments en 2008, les traitements consommés sont plus onéreux ; ce qui annule totalement l'effet de la baisse de prix générale de ce poste.

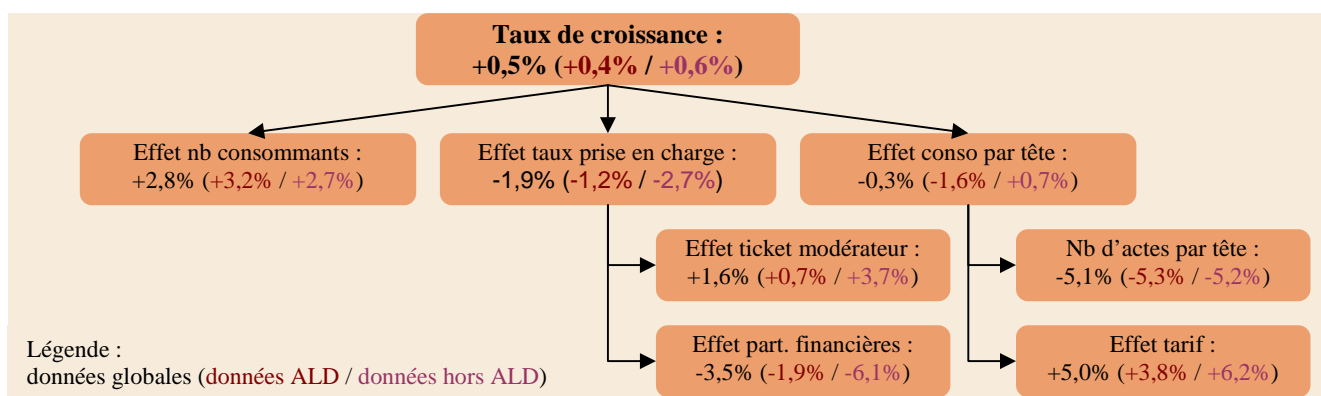
Entre 2007 et 2008, le taux de remboursement moyen, hors franchises médicales, s'accroît de +1,3 pt ; passant de 75,8% en 2007 à 77,1% en 2008 (74,4% si on tient compte des franchises médicales). Cette progression est essentiellement causée par l'augmentation des remboursements de médicaments pris en charge à 100%.

Malgré un niveau de croissance comparable au sein des populations ALD et non ALD, leur décomposition diffère selon le groupe étudié.

Les franchises médicales permettent d'abaisser le taux de croissance de ce poste au sein des deux groupes de population ; néanmoins, l'effet est nettement plus marqué au sein de la population non ALD (-6,1 pt contre -1,9 pt au sein de la population ALD).

Toutefois, cet effet n'est pas suffisant pour diminuer la masse des remboursements en raison du dynamisme de la démographie du régime et de l'accroissement du ticket modérateur au sein de ces deux populations.

Décomposition du taux de croissance des dépenses de pharmacie entre 2007 et 2008
RSI – France entière



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

Structure et évolution des dépenses remboursables de pharmacie en 2008
RSI – France entière

	Montant remboursable Variation 2008/2007	Montant remboursable Structure 2008
TOTAL Pharmacie Médicaments	2,4%	100,0%
dont Pharmacie médicaments à 35%	-0,8%	11,3%
Pharmacie médicaments à 65%	2,2%	43,9%
Pharmacie médicaments à 100%	5,9%	40,8%
Pharmacie hospitalière à 100%	10,3%	3,8%

Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives / Etat 601

Malgré cela, la consommation individuelle décroît au sein de la population prise en charge dans le cadre d'une ALD et progresse légèrement au sein de la population non exonérée (respectivement -1,6 pt et +0,7 pt).

Les remboursements des dépenses de LPP⁴ progressent de +8,0% en 2008. Cette croissance est causée principalement par l'augmentation de la consommation individuelle moyenne (+5,7 pts). Les soins consommés sont plus onéreux et le nombre d'actes par consommant progresse. Comme pour le poste médicaments, le nombre de consommateurs augmente (+2,5 pts). Ces effets globaux diffèrent selon les populations étudiées : au sein de la population ALD, la croissance est principalement tirée vers le haut par l'augmentation du nombre de consommateurs ; à l'inverse, au sein de la population non ALD, la consommation individuelle impacte essentiellement la croissance de ce poste.

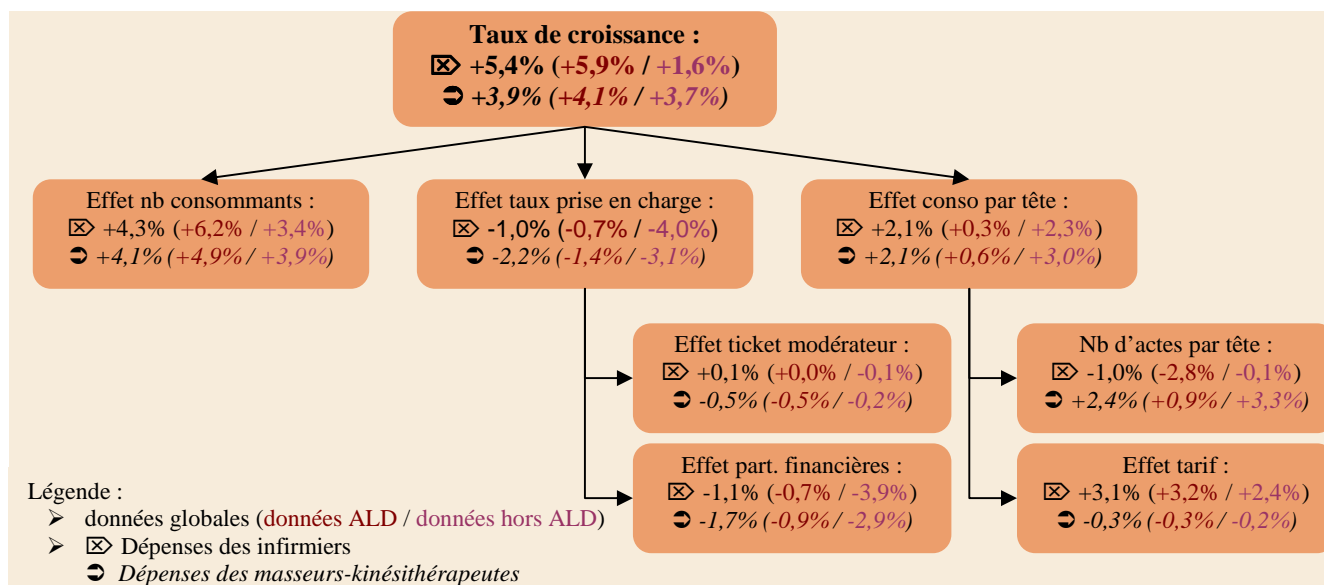
LES AUTRES PRESCRIPTIONS...

Les infirmiers et les masseurs-kinés

Les remboursements des dépenses des infirmiers progressent de +5,4% en 2008, en premier lieu, du fait d'une hausse du nombre de consommateurs (+4,3 pts). Les bénéficiaires protégés par le RSI sont plus nombreux à consommer des soins infirmiers, cependant, lorsqu'ils y recourent, ils consomment en moyenne moins d'actes (-1,0 pt). L'augmentation du prix de ces soins (+2,2 pts) impacte la croissance du poste de manière notable puisqu'elle porte ainsi l'effet tarif à +3,1 pts. L'accroissement des remboursements est plus important au sein de la population ALD : +5,9% contre +1,6% au sein de la population non ALD. Ceci

⁴ Liste des Produits et Prestations (poste de dépenses comprenant notamment l'optique et l'orthopédie).

Décomposition des taux de croissance des dépenses des infirmiers et des masseurs-kinés entre 2007 et 2008
RSI – France entière



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

N°33 – octobre 2009

s'explique par l'augmentation très importante du taux de recours à ce type de soins au sein de la population ALD (+4,0 pts contre +0,2 pt pop. non ALD), ainsi que par un moindre effet des franchises médicales au sein de cette population (-0,7 pt contre -3,9 pts au sein de la population non ALD).

Comme pour les soins infirmiers, les remboursements des dépenses des masseurs-kinésithérapeutes progressent de +3,9% en 2008 du fait de l'augmentation du nombre de consommateurs (+4,1 pts) et de la consommation par tête (+2,1 pts). Cependant, contrairement aux soins réalisés par les infirmiers, le nombre d'actes par consommant progresse (+2,4%).

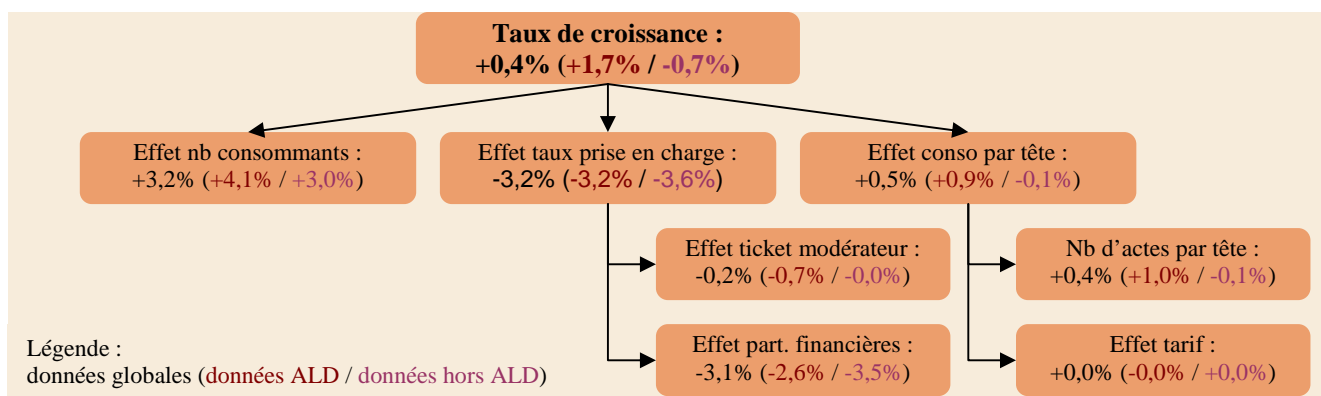
La biologie

Les remboursements des dépenses de biologie progressent de +0,4% en 2008. L'augmentation du nombre de consommateurs impacte fortement la croissance de ce poste (+3,2 pts) ; la progression de la

consommation individuelle ne contribue qu'à hauteur de (+0,5 pt). A l'inverse, l'augmentation du plafond journalier de la participation forfaitaire, en fin d'année 2007, contribue à freiner la croissance des dépenses de ce poste (-3,1 pts).

Le taux de croissance des remboursements de biologie évolue de manière opposée selon la population étudiée : +1,7% (pop ALD) contre -0,7% (pop non ALD). Cette différence résulte de deux facteurs. D'une part, le nombre de consommateurs s'accroît plus fortement au sein de la population ALD (+4,1 pts contre +3,0 pts pop. non ALD) en raison de l'augmentation du taux de recours au sein de cette population (+1,7 pt contre -0,3 pt pop. non ALD). D'autre part, la consommation individuelle s'accroît au sein de la population ALD, alors qu'elle diminue légèrement dans le reste de la population consommatrice : +0,9 pt (pop. ALD) contre -0,1 pt (pop. non ALD). Cet impact est lié à l'évolution des volumes d'actes par tête, l'effet tarif étant nul en 2008.

Décomposition du taux de croissance des dépenses de biologie entre 2007 et 2008
RSI – France entière



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

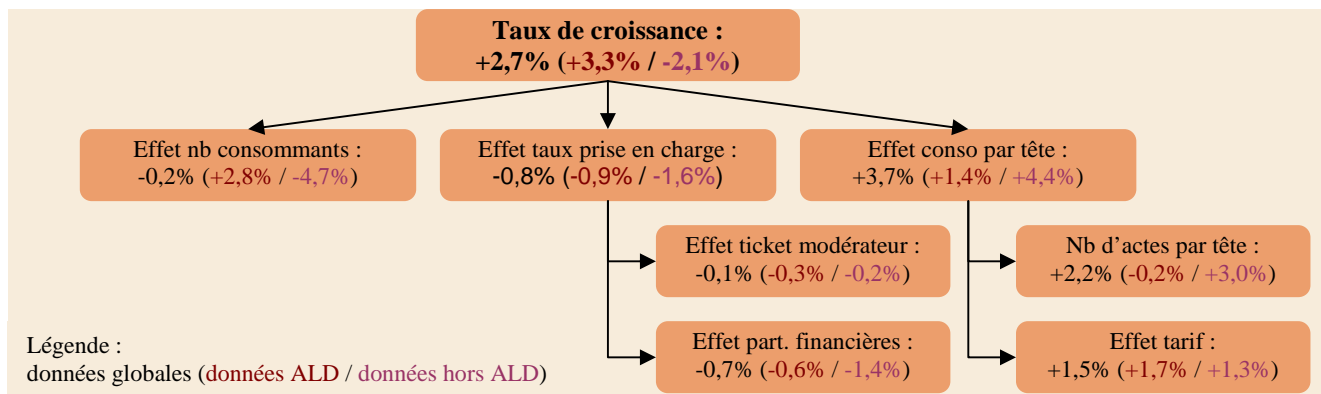
Les transports

Les remboursements des dépenses de transports progressent de +2,7% en 2008. Cette croissance résulte uniquement d'une augmentation de la consommation individuelle moyenne (+3,7 pts) ; le nombre de consommateurs et le taux de prise en charge diminuant (respectivement -0,2 pt et -0,8 pt). Les bénéficiaires du RSI ont moins souvent recours à des transporteurs qu'en 2007, cependant, lorsqu'ils y recourent, ils consomment en moyenne plus d'actes (+2,2 pts), qui sont, dans l'ensemble, légèrement moins onéreux (-0,2 pt).

Le taux de croissance évolue de manière opposée selon la population étudiée : +3,3% (pop ALD) contre

-2,1% (pop non ALD). Au sein de la population ALD, les augmentations conjointes du nombre de consommateurs (+2,8 pts) et de la consommation individuelle (+1,4 pt) contribuent à l'accroissement des remboursements de ce poste. L'effet lié à la mise en œuvre des franchises médicales est relativement faible (-0,6 pt). A l'inverse, au sein de la population non ALD, seule la progression de la consommation individuelle impacte à la hausse les remboursements de ces prestations (+4,4 pts) ; le nombre de consommateurs diminuant significativement (-4,7 pts) du fait d'un abaissement notable du taux de recours (-7,4 pts). Par ailleurs, la mise en œuvre des franchises médicales permet également de limiter la croissance de ce poste au sein de la population non ALD (-1,4 pt).

Décomposition du taux de croissance des dépenses de transports entre 2007 et 2008
RSI – France entière



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

DES VERSEMENTS D'INDEMNITES JOURNALIERES EN FORTE PROGRESSION

Pour analyser ce poste, les bénéficiaires de Soins de Longue Durée⁵ (SLD) et/ou d'une ALD ont été regroupés. En effet, que ce soit dans le cas d'arrêts prescrits au titre d'une ALD, ou dans celui d'arrêts prescrits dans le cadre de Soins de Longue Durée, les assurés du RSI peuvent bénéficier de 3 années d'indemnisation au maximum, contre 360 jours d'indemnisation sur une période de 3 ans pour les autres arrêts de travail.

Les versements d'indemnités journalières progressent de +5,8% en 2008. Les taux de croissance de ce poste évoluent de manière très différente selon la population étudiée : +8,1% (pop. ALD-SLD) contre +1,5% (pop. non ALD-SLD).

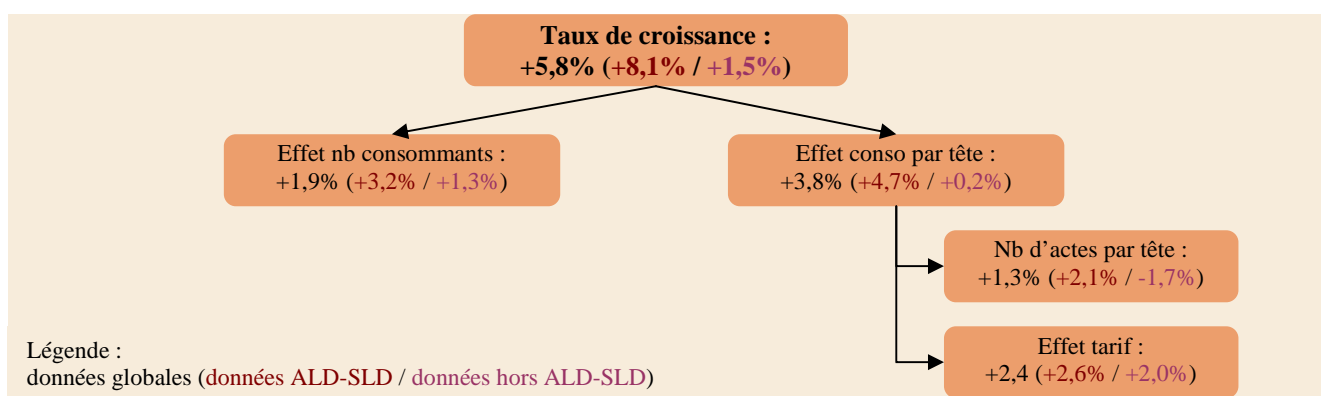
D'une manière générale, deux tiers de la croissance de ce poste s'expliquent par l'augmentation de la consommation par tête (+3,8 pts) ; le tiers restant

revenant à celle du nombre de consommateurs (+1,9 pt). Les assurés ayant recours à ces prestations consomment, en moyenne, un volume de journées indemnisées plus important (+1,3 pt), ce qui, ajouté à un effet prix positif (+2,4 pts), contribue à accroître la consommation individuelle moyenne.

Au sein de la population ALD-SLD, la contribution relative du nombre de consommateurs et de la consommation individuelle moyenne à la croissance d'ensemble est comparable à celle de l'ensemble de la population. Mais, bien évidemment, le rythme de progression est plus soutenu au sein de la population prise en charge dans le cadre d'une ALD et/ou d'une SLD (+4,7 pts d'effet consommation par tête et +3,2 pts d'effet nombre de consommateurs).

⁵ Le service médical peut proposer, aux assurés pour lesquels des soins continus ou un arrêt de travail de plus de 6 mois sont à prévoir, le bénéfice du dispositif de Soins de Longue Durée (SLD). Dans ce dispositif, le patient bénéficie de la même prise en charge des IJ et des transports que s'il était atteint d'une ALD.

Décomposition du taux de croissance des versements d'indemnités journalières, entre 2007 et 2008
RSI - France



Source : RSI / DMR / DEP / Statistiques et Etudes Prospectives

N°33 – octobre 2009

Au sein de la population non ALD-SLD, la progression du nombre de consommateurs (+1,3 pt) explique la quasi-totalité de l'accroissement des versements d'indemnités journalières. En effet, la consommation individuelle moyenne des bénéficiaires d'indemnités journalières progresse très faiblement en 2008 (+0,2 pt) en raison notamment d'un abaissement des volumes de journées indemnisées qui permet de compenser l'effet tarif.

LES BÉNÉFICIAIRES DE SOINS DE LONGUE DURÉE TIRENT LA CROISSANCE DES VERSEMENTS D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES VERS LE HAUT

Malgré les similitudes de prise en charge au sein des populations ALD et SLD, le taux de croissance des versements d'indemnités journalières de ces deux populations spécifiques, ainsi que sa décomposition, diffèrent significativement. Pour la seule population SLD, les versements d'indemnités journalières augmentent de +15,7% contre +3,2% au sein de la population ALD.

Au sein de la population SLD, plus de 80% de la croissance des versements résulte d'un accroissement du nombre de consommateurs : une évolution, a priori surprenante et qui nécessite une analyse complémentaire.

La consommation individuelle moyenne de la population ALD impacte la croissance des versements à la hausse en raison d'une progression de la valeur moyenne des IJ et de l'allongement de la durée d'indemnisation des assurés ayant recours aux indemnités journalières. En revanche, le nombre de consommateurs diminue du fait d'un abaissement significatif du taux de recours à ce type de prestation, ce qui permet ainsi de compenser intégralement la hausse de la population protégée. Par conséquent, les bénéficiaires d'une ALD ont moins souvent recours à des indemnités journalières que l'an passé, cependant, lorsqu'ils y recourent, ils sont en moyenne indemnisés plus longtemps.

Encadré 2 : Méthodologie - compléments
La population protégée par le RSI

↳ Population ayant une période de droits aux prestations ouverte au cours de la période ciblée, les bénéficiaires radiés, mais en situation de maintien de droits sont comptabilisés dans cette population protégée.

↳ Une exception est faite lors de la détermination de la population protégée pouvant bénéficier d'indemnités journalières ; nous ne retenons que les assurés non radiés ayant, à la fois, une période de droits aux prestations et une période d'activité ouvertes sur la période ciblée par l'étude.

La population bénéficiant d'une prise en charge dans le cadre d'une Affection de Longue Durée et/ou de Soins de Longue Durée

↳ La population ALD est définie comme la population bénéficiant d'au moins une période d'exonération au titre d'une affection de longue durée au cours de la période d'étude. Il n'est donc pas tenu compte du fait que la prestation servie relève, ou non, de l'ALD pour laquelle (lesquelles) le bénéficiaire est exonéré.

↳ La population non ALD est définie comme la population ne bénéficiant d'aucune période d'exonération au titre d'une affection de longue durée au cours de la période d'étude.

↳ La population SLD est définie comme la population bénéficiant d'au moins une période d'exonération au titre de soins de longue durée au cours de la période d'étude. Il n'est donc pas tenu compte du fait que la prestation servie relève, ou non, de la SLD pour laquelle (lesquelles) le bénéficiaire est exonéré. Dans le cas où un bénéficiaire est pris en charge dans le cadre d'une ALD et d'une SLD, il est intégré au groupe ALD.

Les indices de prix

Les indices de prix retenus sont ceux communiqués par la CNAMTS, à l'exception de l'indice de prix du poste indemnités journalières, qui a été supposé coïncider avec l'évolution du plafond mensuel de la sécurité sociale.

Directeur de la publication : Dominique Liger – Coordination éditoriale : Direction du Management des Ressources / Direction des Etudes et des Placements / Statistiques et Etudes Prospectives -Rédactrice : Johanna Novice (johanna.novice@le-rsi.fr) - Contact : Valérie Perrin (valerie.perrin@le-rsi.fr)

Caisse nationale RSI – 260-264 avenue du Président Wilson – 93457 La Plaine Saint-Denis Cedex - www.le-rsi.fr

Cette publication, dont la numérotation est chronologique, comprend trois séries : les bilans annuels (bleus), les tableaux de bord financiers (verts) et les zooms (orange). Ces trois séries sont disponibles sur notre site Internet : www.le-rsi.fr dans la rubrique Publications / Etudes / Etudes statistiques, financières et actuarielles