

CONSEIL D'ORIENTATION DES RETRAITES

Séance plénière du 5 février 2026 à 10h00

« Niveau de vie, patrimoine, consommation et épargne des retraités »

<b>Document n° 9</b>
<i>Document de travail, n'engage pas le Conseil</i>

**Les dépenses de santé à la charge des ménages**

*Panorama Drees, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties -  
Édition 2024, fiches n° 14 et n° 15*



En 2019, le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) moyen était de 580 euros par personne (selon le modèle de microsimulation Ines-Omar). Le RAC AMO se décompose en une part dite « opposable », presque intégralement remboursée par les complémentaires santé, et une part de dépassements ou de liberté tarifaire, inégalement remboursée par les complémentaires santé. En 2019, avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, les équipements dentaires, optiques et audiologiques représentaient 60 % du montant de liberté tarifaire, et constituaient près de la moitié des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC). Ceux-ci s'élevaient en moyenne à 170 euros par personne et augmentaient fortement avec le niveau de vie et l'âge.

Malgré le rôle central de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de dispositifs d'exonération du ticket modérateur (TM) [en cas d'affection de longue durée, ALD, de précarité, etc.], le risque d'un reste à charge très élevé après remboursement par l'AMO demeure (voir fiche 02). Ceci peut être dû, par exemple, à des hospitalisations répétées ou prolongées, ou à un recours important à des spécialistes appliquant des dépassements d'honoraires (Cometx, Pierre, 2022 ; Adjerad, Courtejoie, 2020). Pour se prémunir du risque de restes à charge imprévisibles ou excessifs, les ménages peuvent avoir intérêt à souscrire une complémentaire santé<sup>1</sup>. Cependant, les ménages supportent encore des restes à charge après le remboursement par leur complémentaire<sup>2</sup>, même si la France est le pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible (encadré 1).

## Les dépassements représentent plus de la moitié des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire pour les ménages les plus aisés

Le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) mesure

le risque à assurer par les complémentaires santé. Ce risque à couvrir dépend de l'état de santé des personnes couvertes, des exonérations et de leur consommation de soins. Il est couvert de façon hétérogène par l'assurance complémentaire, en fonction des soins consommés et de la qualité des contrats souscrits. Il en résulte un reste à charge final après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) directement à la charge des ménages.

Le RAC AMO se décompose en une part dite « opposable », qui correspond à l'écart entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) [voir fiche 01] et le montant pris en charge par l'AMO, et qui est constituée du TM, de forfaits journaliers hospitaliers (FJH) et de franchises, et une part de liberté tarifaire au-delà de la BRSS, constituée de dépassements d'honoraires et de tarifs libres sur certains actes et produits (voir fiche 01). Sauf cas particulier d'exonération (ALD par exemple), toute dépense de santé entraîne un RAC AMO opposable pour le patient. Cette partie du RAC AMO est remboursée en quasi-totalité par la plupart des contrats de complémentaire santé. Les dépassements peuvent être remboursés par la complémentaire santé de

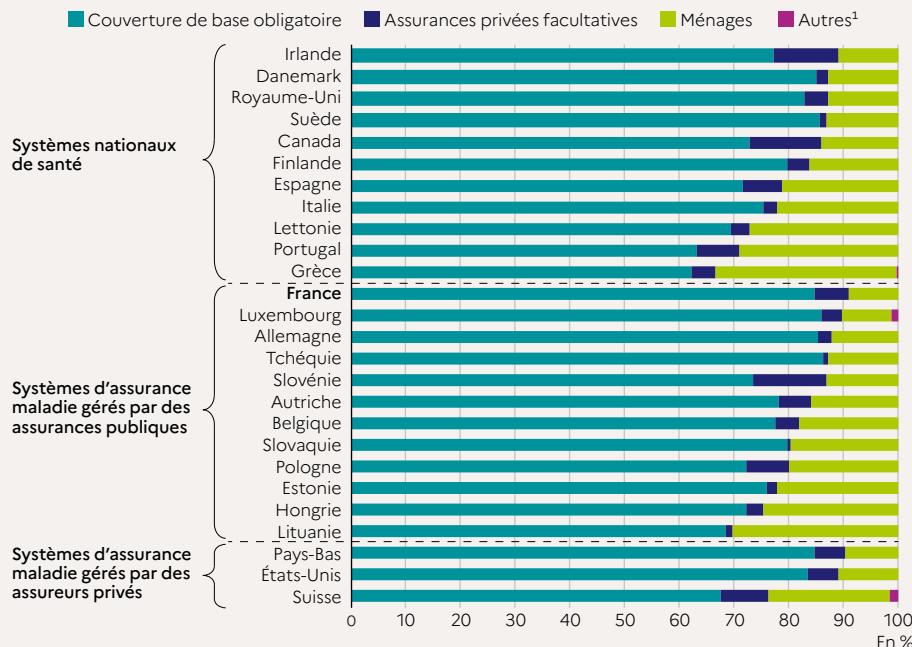
1. En cas de souscription d'une complémentaire santé, les ménages ont également à leur charge la prime d'assurance (voir fiche 11), qui pèse inégalement selon les revenus (voir fiche 15).

2. Cette fiche présente l'estimation des RAC AMC issue du modèle Ines-Omar 2019, qui diffère de celle produite par les comptes de la santé, tant pour des raisons de champ que de méthode (encadré 3).

## Encadré 1 Un reste à charge des ménages plus faible en France que dans les autres pays de l'OCDE

Comparativement aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France est le pays dont le reste à charge est le plus faible (9 % de la dépense courante de santé au sens international [DCSi], voir fiche 05), en raison notamment d'une prise en charge élevée par les régimes obligatoires (85 % de la DCSi). S'y ajoute un second niveau de mutualisation via les assurances privées facultatives (6 % de la DCSi) [voir graphique ci-dessous]. Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les pays du Sud et de l'Est de l'Europe, où ils peuvent dépasser 20 % des dépenses ; en Grèce, par exemple, ils atteignent 33 % de la DCSi. Les restes à charge particulièrement élevés observés en Espagne et en Suisse (respectivement 21 % et 22 % de la DCSi), s'expliquent notamment par l'existence de paniers de soins plus restreints : ils n'incluent pas l'optique et les soins dentaires, qui ne sont donc pas remboursés par l'assurance maladie publique. En Suisse, les assurés ont une franchise de 280 euros par personne et par an et doivent s'acquitter de 10 % des dépenses (que les assurances privées facultatives ont l'interdiction de couvrir, de même qu'en France les complémentaires santé ont l'interdiction de couvrir la participation forfaitaire), ce qui majore le reste à charge des ménages. Le reste à charge observé aux Pays-Bas (9 %) s'explique par l'existence d'une franchise globale obligatoire de 385 euros par an et par personne : à l'exception de certains soins de santé spécifiques (médecins généralistes et soins de maternité notamment), les assurés âgés de plus de 18 ans paient eux-mêmes leurs frais de soins de santé jusqu'au montant de la franchise, l'assurance n'intervenant que lorsque ce niveau est dépassé. Enfin, les États-Unis, où la mise en place en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou Obamacare) a conduit à une restructuration du financement de la DCSi, présentent un reste à charge relativement faible par rapport aux autres pays étudiés ici (11 % de la DCSi en 2021).

### Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs selon les pays, en 2021



1. Sont inclus les régimes de financement inconnus et du reste du monde, c'est-à-dire le financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.

**Lecture** > En France, en 2021, 85 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) est prise en charge par la couverture de base obligatoire, publique (y compris CSS) ou privée, 6 % par les assurances privées facultatives et 9 % de la dépense reste à la charge des ménages.

**Sources** > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

l'assuré, de façon variable selon les garanties du contrat qu'il a souscrit.

Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (encadré 2) permet d'étudier la distribution des restes à charge et de leurs composantes selon le niveau de vie. Le montant moyen de reste à charge opposable est relativement stable entre dixièmes de niveau de vie. En effet, il n'augmente que de 15 % entre le premier et le dernier dixième de niveau de vie, tandis que le reste à charge dû aux dépassements est près de quatre fois plus élevé dans le dernier dixième de niveau de vie que dans le premier. Ainsi, une personne du dernier dixième de niveau de vie supportait en moyenne, en 2019, 460 euros par an de restes à charge dus aux dépassements (graphique 1). Chez les personnes des deux premiers dixièmes de niveau de vie, au contraire, le montant des dépassements est bien plus faible. D'une part, les ménages modestes consomment moins de soins avec des dépassements, du fait de la contrainte financière. D'autre part, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [voir fiche 18], nombreux dans ces deux premiers dixièmes, bénéficient de l'opposabilité des tarifs et ne peuvent, en principe, se voir facturer de

dépassements auprès des médecins, auxiliaires et chirurgiens-dentistes.

Une part importante des RAC AMO dus aux dépassements provient d'une consommation d'équipements dentaires, audiologiques ou optiques : 60 % pour l'ensemble de la population. En effet, les tarifs de base de la Sécurité sociale pour ces équipements sont souvent très inférieurs aux prix des équipements commercialisés. Les restes à charge opposables en équipements dentaires, audiologiques ou optiques ne représentent en revanche que 3 % du total des restes à charge opposables.

### **Le reste à charge moyen annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire est de 100 euros de 20 à 39 ans et de 410 euros après 70 ans**

Le RAC AMO augmente donc avec le niveau de vie et également avec l'âge : il passe en moyenne de 360 euros entre 20 et 39 ans à 1 200 euros au-delà de 70 ans (selon Ines-Omar 2019). Non seulement la consommation de soins augmente avec l'âge, mais les seniors sont souvent moins bien couverts par l'assurance complémentaire, notamment du fait de la perte des avantages liés aux contrats collectifs lors du passage à la retraite (voir fiche 27 ; Loiseau, 2021). En définitive, cela

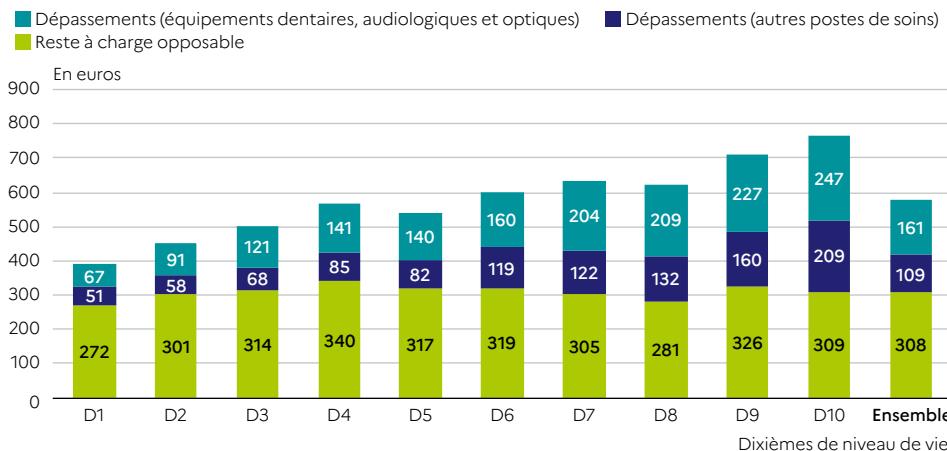
#### **Encadré 2 Le modèle Ines-Omar 2019**

Outil de microsimulation développé par la DREES, le modèle Ines-Omar permet d'étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie français et de l'ensemble de ses composantes (assurances, publique et privée, et restes à charge des ménages).

L'édition 2019 du modèle Omar repose sur l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, qui couvre le champ des individus de 15 ans ou plus, et sur l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017, pour les individus de moins de 15 ans. Au total, il repose sur un échantillon de 17 000 individus représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine. Les données relatives aux dépenses et aux remboursements de santé proviennent du Système national des données de santé (SNDS), apparié directement aux adultes de l'enquête EHIS 2019 et indirectement aux enfants de l'enquête SRCV 2017 (voir annexe 2), et de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2019. Les dépenses de santé sont calées sur les comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre, 2023) sur le champ France entière, en se restreignant aux dépenses remboursables et individualisables.

Le pseudo-appariement du modèle Omar avec le modèle de microsimulation Ines 2019 (renseignant sur les prélèvements sociaux et fiscaux, voir annexe 2) permet de connaître la contribution des ménages au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'effet redistributif de celle-ci.

**Graphique 1** Décomposition du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire entre reste à charge opposable et dépassements, selon le niveau de vie, en 2019



**Note** > Montant annuel moyen par individu ; D1 : individus appartenant au premier dixième de niveau de vie. Le reste à charge présenté ici est celui avant intervention de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Les dépenses de santé prises en charge par la CMU-C sont réparties entre reste à charge opposable et dépassements de la même manière que les dépenses prises en charge par les complémentaires privées.

**Lecture** > Une personne du premier dixième de niveau de vie (D1) a en moyenne un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) composé de 272 euros opposables et de 118 euros de dépassements, dont 67 euros de dépassements sur des équipements dentaires, audiologiques et optiques et 51 euros de dépassements sur d'autres postes de soins (consultations de médecins, médicaments, soins de dentistes...).

**Champ** > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

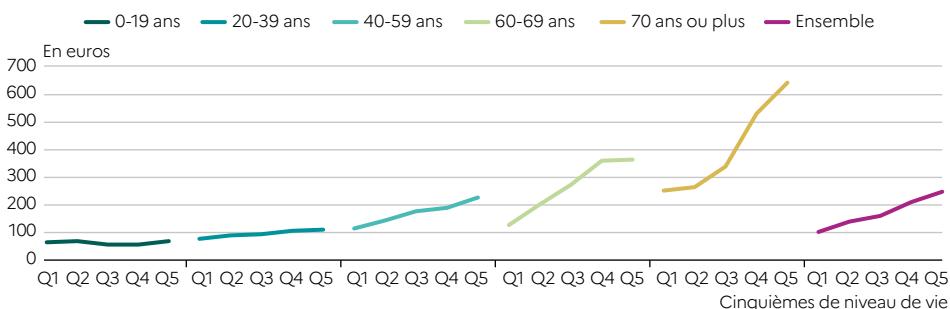
aboutit à des RAC AMC qui augmentent fortement avec l'âge. Selon le modèle Ines-Omar 2019, le saut est particulièrement marqué après 60 ou 70 ans (graphique 2). Ainsi, le RAC AMC moyen des personnes de 20 à 39 ans est de 100 euros par an, puis de 180 euros entre 40 et 59 ans, mais s'élève à 280 euros entre 60 à 69 ans, et à 410 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Par ailleurs, le RAC AMC annuel moyen augmente avec le niveau de vie, particulièrement après 60 ans. En effet, le RAC AMC moyen des personnes de 60 à 69 ans est près de trois fois plus élevé pour celles appartenant aux 20 % les plus aisées (dernier cinquième de niveau de vie) par rapport à celles situées dans le premier cinquième, contre une fois et demie plus élevé pour les individus de moins de 60 ans. Ce rapport est de 2,5 pour les personnes de 70 ans ou plus. Ainsi le RAC AMC augmente en moyenne avec le niveau de vie, même si la qualité des

contrats de complémentaire privée augmente également avec le niveau de vie. De surcroît, le taux de couverture de l'AMC diminue avec le niveau de vie : elle couvre 76 % du RAC AMC dans le premier cinquième, contre 66 % dans le dernier cinquième. Cela s'explique par le plus fort recours des ménages aisés à des soins de santé ayant des dépassements.

Ces moyennes par sous-groupe cachent néanmoins une grande disparité au sein de chaque catégorie, les RAC AMC étant très inégalement répartis. Par exemple, alors que le RAC AMC moyen sur l'ensemble de la population s'élève à 170 euros, la moitié des individus ont un RAC AMC inférieur à 17 euros. Cela peut s'expliquer par un faible recours aux soins sur l'année, une consommation de soins peu coûteux, ou, pour les personnes ayant des restes à charge plus faibles, par une très bonne couverture de leur complémentaire santé et de l'AMO.

**Graphique 2 Reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, par tranche d'âge et selon le niveau de vie, en 2019**



**Note** > Montant annuel moyen par individu ; Q1 : individus appartenant au premier cinquième de niveau de vie (c'est-à-dire appartenant aux 20 % de la population les moins aisés, en dessous du 1<sup>er</sup> quintile de niveau de vie).

**Lecture** > Un individu de 70 ans ou plus du premier cinquième de niveau de vie (Q1) supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de 253 euros en moyenne.

**Champ** > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

**Les bénéficiaires de contrats individuel et collectif ont des restes à charge proches après remboursement par l'assurance maladie complémentaire**

Les RAC AMC diffèrent selon que les bénéficiaires de complémentaire santé sont couverts par un contrat individuel<sup>3</sup>, un contrat collectif ou par la CMU-C. Cependant, le profil des personnes concernées par ces différents types de couverture diffère également de façon importante (voir fiche 12 ; Pierre, 2022). En effet, les contrats collectifs sont accessibles principalement aux salariés du secteur privé, tandis que les contrats individuels sont davantage souscrits par des agents de la fonction publique, des retraités et des chômeurs de longue durée. Ainsi, les bénéficiaires de contrat collectif sont plus jeunes en moyenne que ceux de contrat individuel. Les bénéficiaires de la CMU-C sont également jeunes dans l'ensemble, puisque seuls 6 % d'entre eux avaient plus de 60 ans en 2019, alors que cette tranche d'âge représente 26 % de la population française. Enfin, les personnes non

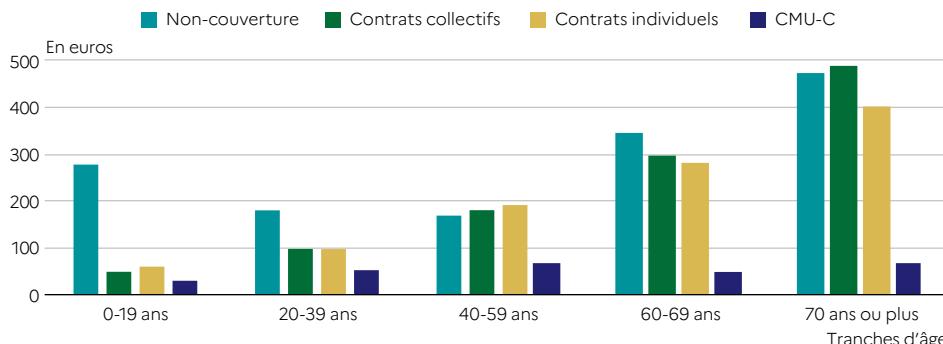
couvertes sont légèrement plus jeunes que la population générale, puisque 60 % d'entre elles ont moins de 40 ans, contre 49 % de la population générale.

À tranche d'âge donnée, les personnes non couvertes par une complémentaire sont celles qui supportent les RAC AMC les plus importants<sup>4</sup> (graphique 3). Elles sont suivies des personnes couvertes par des contrats privés (c'est-à-dire hors CMU-C), de type individuel et collectif, qui doivent s'acquitter de RAC AMC inférieurs et sensiblement équivalents (sauf dans la tranche des 70 ans ou plus, où les bénéficiaires de contrat collectif sont rares). Malgré l'avantage des tarifs opposables, les bénéficiaires de la CMU-C supportent en 2019 un RAC AMC non nul, atteignant 50 euros en moyenne chez les adultes, majoritairement composé de dépenses en optique et en dentaire ; cela a pu évoluer depuis, suite aux réformes dites du « 100 % santé » (voir fiche 29) et de la complémentaire santé solidaire (CSS) (voir fiche 28). Les personnes de 40 à 59 ans couvertes par une complémentaire

**3.** Les bénéficiaires de l'ACS sont tous des souscripteurs de contrat individuel et sont regroupés sous cette catégorie dans cette fiche.

**4.** Il convient de rappeler que ces personnes ne s'acquittent pas de primes de contrat de complémentaire santé, non prises en compte ici.

### Graphique 3 Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, par tranche d'âge et selon le type de couverture complémentaire



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

**Note** > Montant annuel moyen par individu.

**Lecture** > Un individu de 70 ans ou plus sans complémentaire santé supporte un reste à charge annuel de 473 euros en moyenne en 2019.

**Champ** > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

privée ainsi que celles ne bénéficiant pas de couverture disposent de RAC AMC similaires ; mais la dépense de santé des personnes de 40 à 59 ans non couvertes est presque deux fois plus faible que celle des personnes ayant une complémentaire privée.

#### Un reste à charge plus faible pour les personnes disposant de contrats de complémentaire santé très couvrants

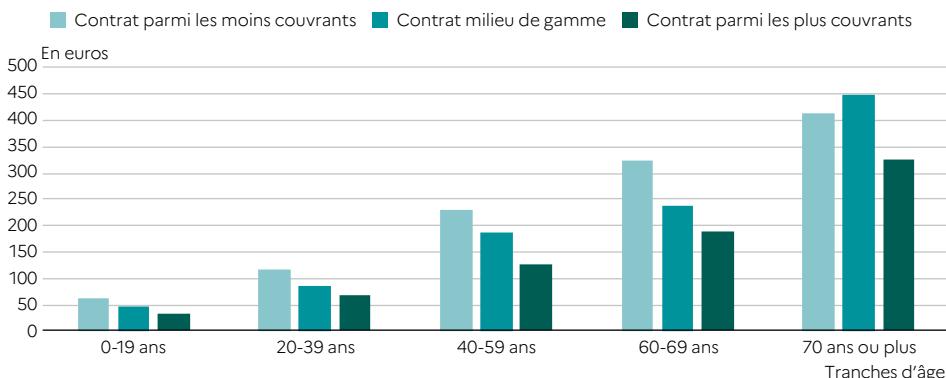
Le RAC AMC moyen des personnes assurées par une complémentaire santé privée varie selon le niveau de prise en charge de leur contrat, même si ces variations sont moindres que celles pouvant être expliquées par l'âge de l'assuré. Ainsi, le RAC AMC moyen d'un assuré disposant d'un contrat parmi les moins couvrants est de 70 % supérieur, en moyenne, au RAC AMC d'un assuré bénéficiant d'un contrat parmi les plus couvrants (voir classification de la DREES, fiche 27) [graphique 4]. Le niveau médian de couverture des complémentaires souscrites sur le marché privé croît nettement avec le niveau de vie (Fouquet, Pollak, 2022), les plus aisés sont donc surreprésentés dans le groupe de bénéficiaires couverts par un contrat parmi les plus couvrants. Les RAC AMC

plus faibles dans ce groupe suggèrent que la meilleure prise en charge par ces contrats compense les RAC AMO plus forts pour les plus aisés (graphique 1).

#### Avant la réforme du 100 % santé, la moitié des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire provenaient des équipements dentaires, audiologiques et optiques

Les RAC AMC des personnes de 60 ans ou plus provenaient majoritairement en 2019, avant la réforme du 100 % santé, de dépenses pour des prothèses auditives, dentaires et d'équipements optiques (graphique 5). Ces dépenses représentaient ainsi 59 % des RAC AMC des personnes de 70 ans ou plus (70 euros de prothèses dentaires, 120 euros de prothèses auditives et 60 euros en optique, en moyenne, sur 410 euros environ au total). Les RAC AMC en prothèses auditives, de même que les dépenses, étaient concentrés parmi les 70 ans ou plus, et étaient presque cinq fois plus élevés en moyenne que pour les personnes de 60 à 69 ans. À l'inverse, les RAC AMC des personnes de moins de 60 ans s'expliquaient majoritairement par les soins hospitaliers, les consultations de médecins de ville et les autres

#### Graphique 4 Reste à charge moyen après remboursement par une complémentaire santé, selon le niveau de couverture et l'âge, en 2019



**Note** > Montant annuel moyen par individu.

**Lecture** > Un individu de 70 ans ou plus bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé parmi les plus couvrants (classification de la DREES, voir fiche 27) supporte un reste à charge annuel de 327 euros en moyenne.

**Champ** > Personnes couvertes par une complémentaire privée vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

dépenses de santé. Les équipements dentaires, audiologiques et optiques représentaient quant à eux 39 % des RAC AMC des personnes de 20 à 39 ans, et 29 % des moins de 20 ans. Les RAC AMC pour les séjours à l'hôpital, public ou privé, étaient, en 2019, extrêmement modérés au regard de la part importante des dépenses qui y étaient réalisées et des RAC AMO que ces dépenses engendraient (voir fiche 02).

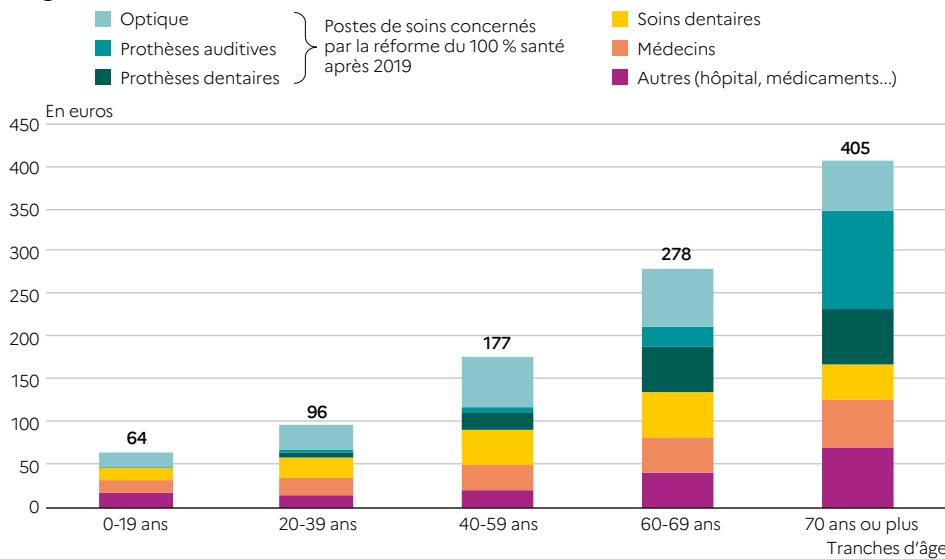
Après 2019, la réforme du 100 % santé a mené à un recours important aux prothèses auditives et dentaires du panier sans reste à charge (respectivement 39 % et 57 % des consommants en 2021 ; voir fiche 29), mais à une faible adoption des équipements en optique du même panier (16 % des consommants en 2021). Entre 2019 et 2021, d'après les comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre 2023), le reste à charge de l'ensemble des ménages en prothèses dentaires a fortement diminué, sans doute du fait de cette réforme. Dans le même temps, le reste à charge en prothèses auditives de l'ensemble des ménages est resté stable, en dépit du fort taux de pénétration du panier 100 % santé ; cela s'explique par le fait que la réforme du 100 % santé a fortement augmenté le nombre de personnes ayant recours aux prothèses auditives.

Les RAC AMC en soins dentaires, en prothèses dentaires, en consultations de médecins et en optique sont très variables entre dixièmes de niveau de vie, puisqu'ils sont environ trois fois plus élevés pour les personnes les plus aisées (dernier dixième de niveau de vie) par rapport aux moins aisées (premier dixième de niveau de vie) [graphique 6]. Les RAC AMC en prothèses auditives font figure d'exception ; ils sont en effet pratiquement nuls en moyenne pour les personnes des deux premiers dixièmes de niveau vie, puis sont répartis assez uniformément. Leur faiblesse chez les personnes des deux premiers dixièmes s'explique certes par l'âge moins avancé de celles-ci, mais aussi par le non-recours aux soins plus marqué dans ces catégories, avant la réforme du 100 % santé (Lapinte, Legendre, 2021).

#### Deux groupes de personnes avaient des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire importants en 2019

En 2019, avant la réforme du 100 % santé, deux groupes d'âge et de revenu avaient des RAC AMC annuels importants, c'est-à-dire conventionnellement supérieurs à 250 euros en moyenne.

**Graphique 5** Décomposition par poste de soins du reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire selon la tranche d'âge, en 2019



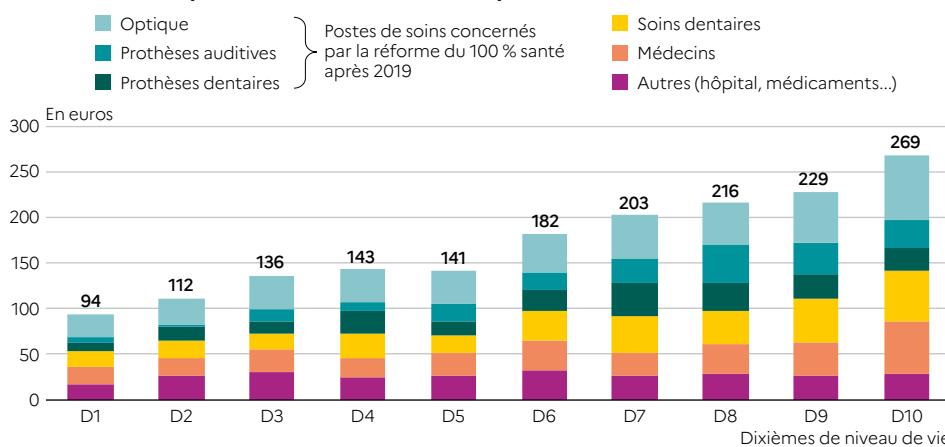
**Note** > Montant annuel moyen par individu.

**Lecture** > Un individu de 70 ans ou plus supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de 406 euros en moyenne, dont 116 euros en prothèses auditives.

**Champ** > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

**Graphique 6** Décomposition par poste de soins du reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire selon le niveau de vie, en 2019



**Note** > Montant annuel moyen par individu ; D1 : individus appartenant au premier dixième de niveau de vie.

**Lecture** > Un individu du premier dixième de niveau de vie (D1) supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de 94 euros en moyenne, dont 25 euros en optique.

**Champ** > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Premièrement, les personnes de 60 à 69 ans et faisant partie des 60 % des personnes les plus aisées (troisième au dernier cinquième de niveau de vie [graphique 2]) devaient s'acquitter de RAC AMC de 330 euros par an en moyenne, notamment en raison d'une consommation onéreuse de soins dentaires et d'optique. Deuxièmement, les personnes de 70 ans ou plus devaient s'acquitter d'un RAC AMC moyen de 410 euros par an. Ces personnes âgées s'exposaient à des RAC AMC plus élevés, en consommant

davantage de prothèses auditives et de prothèses dentaires, et moins de soins dentaires que le premier groupe. Au sein de ce groupe, le RAC AMC des personnes aisées était bien supérieur à celui des personnes modestes, en raison d'un recours plus fréquent aux équipements dentaires, optiques, et plus particulièrement audiologiques. Cet écart pouvait s'expliquer en partie par la plus faible capacité financière de recours aux soins des personnes âgées et modestes (Lapinte, Legendre, 2021). ■

### Encadré 3 Difficultés de comparaison entre les restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire estimés par le modèle Ines-Omar 2019 et ceux estimés par les comptes de la santé

La DREES publie dans les comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre, 2023) une estimation des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) des ménages sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). En 2019, le RAC AMC total sur l'ensemble de la population française était de 15 674 millions d'euros, soit 233 euros par habitant (Arnaud, Lefebvre, 2023 ; fiche 21). La CSBM recouvre aussi bien des dépenses remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) que des dépenses non remboursables (comme les médicaments à service médical rendu [SMR] insuffisant), et aussi bien des dépenses individualisables que non individualisables (comme la rémunération sur objectif de santé publique).

En revanche, le modèle Ines-Omar 2019 estime la répartition entre individus des dépenses de santé, des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) et des RAC AMC sur un champ plus réduit : celui des dépenses individualisables et remboursables par l'AMO. Le RAC AMC moyen par habitant, estimé par le modèle Ines-Omar 2019 à 170 euros, est donc logiquement plus faible que celui estimé dans les comptes de la santé.

Outre par leur champ, les comptes de la santé et le modèle Ines-Omar diffèrent également par leur méthode d'estimation. Les comptes de la santé croisent plusieurs sources ; certaines sont relatives aux dépenses de santé, d'autres aux remboursements de l'AMO, d'autres enfin aux prestations des organismes complémentaires d'assurance maladie, transmises à la DREES par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Par différence entre ces données, les comptes de la santé obtiennent les RAC AMC par poste de soins. Les comptes de la santé utilisent donc des informations macro-économiques, tandis que le modèle Ines-Omar 2019 est avant tout simulé au niveau individuel (encadré 2).

Enfin, les comptes de la santé et le modèle Ines-Omar utilisent une nomenclature des soins différente. Par exemple, les actes et consultations externes à l'hôpital public (ACE) figurent, au sein des comptes de la santé, dans le poste de soins « hôpital public », tandis qu'ils sont répartis entre professions médicales dans Ines-Omar. On ne peut donc pas comparer directement les RAC AMC par poste de soins estimés par les comptes de la santé à ceux estimés par Ines-Omar 2019.

**Pour en savoir plus**

- > **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.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 – Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- > **Lapinte, A., Legendre B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- > **Loiseau, R.** (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.

Les dépenses des ménages pour leur santé, comprenant les primes versées aux complémentaires santé ainsi que le reste à charge après remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par l'assurance maladie complémentaire (AMC), représentent, en 2019, en moyenne 5 % de leur revenu disponible d'après le modèle de microsimulation Ines-Omar. Ce taux d'effort augmente avec l'âge, et est un peu plus élevé pour les plus démunis. En tenant également compte du coût du financement de l'AMO via les prélèvements sociaux, le taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé atteint en moyenne 15 % du revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO en 2019.

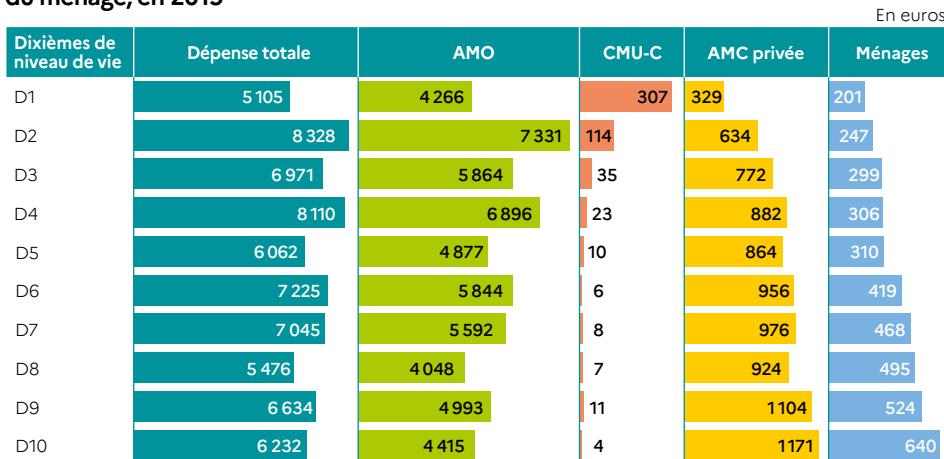
### **L'assurance maladie obligatoire prend davantage en charge les dépenses de santé des ménages modestes**

Les dépenses de santé individualisables et remboursables représentent en moyenne environ 6 700 euros par ménage en 2019 selon le modèle de microsimulation Ines-Omar (voir fiche 14 et annexe 2), et sont prises en charge à 82 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), à 12 % par l'assurance maladie complémentaire (AMC) et à 6 % par les ménages. Elles sont globalement plus élevées pour les ménages modestes que pour les ménages aisés, en raison d'un état de santé en moyenne plus dégradé (Fouquet, Pollak, 2022) et de maladies chroniques plus fréquentes (Allain, 2022), et ce, malgré des barrières d'accès aux soins limitant leur consommation de soins. Néanmoins, au sein du premier dixième de niveau de vie, les dépenses de santé sont les plus faibles : selon le modèle Ines-Omar 2019, les 10 % des ménages les moins aisés ont des dépenses moyennes de 5 100 euros par an. Ces ménages sont plus jeunes que la moyenne, plus fréquemment couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [40 %, contre 8 % pour l'ensemble de la population en 2019], mais aussi plus susceptibles de renoncer à des soins pour motif financier (Lapinte, Legembre, 2021).

Au contraire, les ménages du deuxième dixième de niveau de vie sont ceux qui consomment le plus de soins, 8 300 euros par an en moyenne (graphique 1).

Les remboursements par l'AMO compensent en grande partie ces différences : ils représentent environ 7 300 euros en moyenne pour un ménage du deuxième dixième de niveau de vie, contre environ 4 400 euros pour un ménage du dernier dixième. La part de l'AMO dans le financement de la dépense de santé diminue ainsi de 88 % dans le deuxième dixième de niveau de vie à 71 % dans le dernier dixième. Par ailleurs, la prise en charge des dépenses de santé par la CMU-C est presque entièrement concentrée sur les ménages du premier dixième de niveau de vie, qui reçoivent en moyenne 310 euros de remboursements complémentaires de la CMU-C. En 2019, plus de 96 % de la population résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une complémentaire santé (voir fiche 12) qui couvre une partie du reste à charge. Le montant des dépenses de santé financées par les complémentaires santé privées (soit hors CMU-C) croît avec le niveau de vie : ces dernières remboursent en moyenne seulement 330 euros par an pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, dans la mesure où la CMU-C y est plus répandue. Les remboursements annuels

**Graphique 1 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon le niveau de vie du ménage, en 2019**



AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

**Note** > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

**Lecture** > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) a des dépenses de santé moyennes de 5 105 euros en 2019. Il reçoit en moyenne 4 266 euros par an de remboursement de l'AMO, 307 euros au titre de la CMU-C, 329 euros par son AMC privée éventuelle (hors CMU-C). Il reste alors en moyenne 201 euros à sa charge.

**Champ** > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

moyens sont de l'ordre de 630 euros par ménage du deuxième dixième de niveau de vie<sup>1</sup> ; ce montant augmente graduellement et double quasiment pour les ménages du dernier dixième. La part des dépenses financées par l'AMC s'accroît également avec le niveau de vie, passant de 6 % dans le premier dixième à 19 % dans le dernier dixième.

Enfin, le montant de restes à charge finaux pour les ménages (pour leurs dépenses de santé individualisables et remboursables) triple entre les ménages du premier et du dernier dixième, passant en moyenne de 200 euros annuels par ménage à 640 euros. Ainsi, la part des restes à charge dans la dépense totale de santé passe d'environ 3 % ou 4 % dans les quatre premiers dixièmes de niveau de vie (200 euros sur 5 100 euros pour le premier dixième par exemple, graphique 1) à 10 % dans le dernier dixième

(640 euros sur 6 200 euros), notamment en raison de soins plus fréquemment coûteux compte tenu de dépassements (voir fiche 14).

### La part des dépenses de santé d'un ménage pris en charge par l'assurance maladie obligatoire augmente avec l'âge

Les dépenses de santé des ménages augmentent en moyenne très fortement avec l'âge de la personne la plus âgée du ménage, passant d'environ 3 500 euros annuels si celle-ci a moins de 40 ans, à près de 12 000 euros pour les 70 ans ou plus (graphique 2).

Les personnes âgées consomment des soins mieux remboursés par l'AMO, notamment des soins hospitaliers (Cometx, Pierre 2022), et bénéficient en plus grand nombre du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) [Adjerad, Courtejoie, 2021] qui limite

1. Une proportion importante de personnes du deuxième dixième de niveau de vie bénéficiait en 2019 de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [voir fiche 18] ; or les remboursements effectués dans le cadre des contrats souscrits par des bénéficiaires de l'ACS sont comptés comme des remboursements de l'AMC.

fortement les restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) [voir fiche 02]. C'est pourquoi le taux de prise en charge des dépenses de santé d'un ménage par l'AMO augmente avec l'âge de la personne la plus âgée. Même si la prise en charge par l'AMO compense partiellement l'augmentation des dépenses, le RAC AMO augmente avec l'âge. Ainsi, en moyenne, les ménages où toutes les personnes ont moins de 40 ans sont exposés à 850 euros de RAC AMO, contre 1 800 euros pour les ménages dont la personne la plus âgée a 70 ans ou plus. L'AMO prend en charge respectivement 76 % et 85 % de la dépense de santé pour ces deux groupes.

Au contraire, le taux de couverture par l'AMC de la dépense de santé diminue avec l'âge de la personne la plus âgée du ménage, passant de 16 % en moyenne pour les ménages dont tous les membres ont moins de 40 ans, à 10 % pour ceux dont un membre a 70 ans ou plus. Ainsi, les restes à charge après remboursements par l'AMO et par l'AMC augmentent avec l'âge de la personne la plus âgée d'un ménage, passant de 210 euros dans les ménages dont les membres ont moins de 40 ans, à 590 euros dans ceux au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus. Ceci est lié, d'une part, au recours

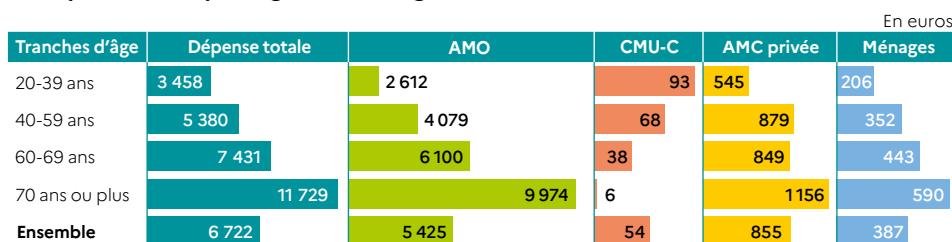
important des personnes âgées aux équipements dentaires, optiques et auditifs, occasionnant d'importants restes à charge avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, d'autre part aux moins bonnes garanties dont elles disposent. En effet, les personnes âgées bénéficient le plus souvent de contrats individuels (voir fiche 12) et, de ce fait, de garanties moins élevées que celles des contrats collectifs (voir fiche 27). Cependant la part de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) dans la dépense de santé financée par les ménages reste à peu près constante, autour de 6 %.

### Les ménages plus modestes ont des primes et restes à charge 3,5 fois plus faibles que les plus aisés

Le financement de l'AMO est progressif, c'est-à-dire qu'il représente une fraction croissante du revenu à mesure que le niveau de vie s'élève. La contribution des ménages au financement de l'AMO (encadré 1) est en moyenne de 1 200 euros pour un ménage du premier dixième de niveau de vie, contre 15 500 euros pour un ménage du dernier dixième (tableau 1).

Cependant, le financement de l'AMO pèse légèrement plus dans le revenu des ménages

**Graphique 2 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019**



AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

**Note** > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

**Lecture** > Un ménage dont l'individu le plus âgé a 70 ans ou plus a une dépense de santé annuelle moyenne de 11 729 euros en 2019, dont 9 974 euros lui sont remboursés par l'AMO. Il a 1 752 euros de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), dont, en moyenne, 6 euros pris en charge par la CMU-C, 1 156 euros par sa complémentaire santé privée éventuelle, et 590 euros restent finalement à la charge du ménage.

**Champ** > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

du premier dixième de niveau de vie que dans le revenu de ceux du deuxième dixième : le taux d'effort<sup>2</sup> pour le financement de l'AMO est de 9,0 % du revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO pour les premiers, tandis qu'il s'élève à 8,0 % pour les seconds. Puis, le

taux d'effort pour le financement de l'AMO croît progressivement avec le niveau de vie au-delà du deuxième dixième. La légère régressivité du financement de l'AMO entre les ménages des deux premiers dixièmes de niveau de vie peut être due au poids important de la taxe sur la

### Encadré 1 Le financement de l'assurance maladie obligatoire

Le modèle Ines-Omar permet d'étudier la répartition du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) entre les ménages. Les ménages financent l'AMO via des taxes et des cotisations sociales (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020). La répartition de celles-ci entre les ménages est simulée par le modèle Ines, l'une des sources du modèle Ines-Omar. En 2019, les trois principales sources de financement de la branche maladie étaient les cotisations sociales brutes, à hauteur de 73 milliards d'euros, la contribution sociale généralisée (CSG) brute, à hauteur de 72 milliards d'euros, et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) nette, pour un montant de 41 milliards d'euros, sur des recettes totales de 215 milliards d'euros (DSS, 2020).

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont financées par la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui s'applique aux primes de complémentaires santé (voir annexe 1 bis). La part de TSA qui excède les besoins de financement de la CMU-C et de l'ACS est affectée au financement de l'AMO. La convention adoptée dans cette fiche consiste à compter l'intégralité de la TSA avec les primes.

**Tableau 1 Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, selon le niveau de vie des ménages, en 2019**

Dixièmes de niveau de vie	Financement de l'AMO	Primes de complémentaire santé	Reste à charge après AMC	En euros
D1	1 219	399	201	
D2	1 891	776	247	
D3	2 577	993	299	
D4	3 264	949	306	
D5	3 995	1 033	310	
D6	4 898	1 114	419	
D7	5 661	1 216	468	
D8	6 903	1 255	495	
D9	8 804	1 340	524	
D10	15 507	1 465	640	
<b>Ensemble des ménages</b>	<b>5 363</b>	<b>1 046</b>	<b>387</b>	

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire.

**Note** > Montant annuel moyen par ménage (en euros).

**Lecture** > Un ménage du cinquième dixième de niveau de vie (D5) contribue au financement de l'AMO à hauteur de 3 995 euros par an en moyenne, et verse en moyenne 1 033 euros de primes de complémentaire santé par an (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). 310 euros restent en moyenne à sa charge après remboursements par l'AMO et l'AMC.

**Champ** > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

**2.** Le taux d'effort pour le financement de l'AMO est défini comme la somme des contributions d'un ménage au financement de l'AMO (encadré 1) rapportée à son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO via la CSG et les cotisations sociales.

valeur ajoutée (TVA) dans les sources de financement de l'AMO depuis 2019<sup>3</sup> (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020), qui pèse davantage dans le revenu des ménages du premier dixième de niveau de vie que dans celui du deuxième dixième (Cour des comptes, 2023).

Le montant des primes de complémentaires payées par les ménages<sup>4</sup> (encadré 2) augmente avec leur niveau de vie (tableau 1). Les ménages du premier dixième de niveau de vie paient en moyenne 400 euros par an, en raison de leur fort taux de couverture par la CMU-C (40 %), et de leur non-couverture plus fréquente que pour l'ensemble de la population (9 % contre 4 %). Les ménages du deuxième dixième s'acquittent d'un montant de primes d'environ 780 euros par an en moyenne, en raison notamment du taux de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) dans ce dixième (9 %) en 2019. Puis les primes annuelles moyennes progressent plus modérément entre les ménages

du troisième et du dernier dixième, passant de 1 000 euros à 1 500 euros en moyenne. Les RAC AMC restent très modérés pour les ménages du premier dixième (200 euros), même s'il est nécessaire de les rapporter au revenu de ces ménages pour mesurer l'effort financier consenti. Enfin, les RAC AMC sont multipliés par 2,5 en moyenne entre les ménages du deuxième dixième et ceux du dernier dixième, passant de 250 euros environ à 640 euros.

### **Les primes et restes à charge pèsent 6 % du revenu des ménages les plus précaires, contre 3 % de celui des plus aisés**

Le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge, défini comme la somme des primes versées aux complémentaires et des RAC AMC rapportée à leur revenu disponible après prélevement du financement de l'AMO via la CSG et les cotisations sociales<sup>5</sup>, diminue fortement avec le niveau de vie. Il atteint presque 6 % du

#### **Encadré 2 Ajustement des primes au champ des dépenses de santé du modèle Ines-Omar**

Le modèle Ines-Omar décrit les dépenses de santé, les remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les complémentaires sur le champ des dépenses de santé individualisables présentées au remboursement de l'AMO. Les dépenses de santé non remboursables par l'AMO (comme l'ostéopathie, ou les séances de psychologue jusqu'en 2022), ainsi que les dépenses remboursables mais dont l'AMO n'a pas eu connaissance, ne sont donc pas prises en compte par le modèle Ines-Omar.

Or les primes versées aux complémentaires santé financent aussi le remboursement par ces complémentaires de soins non remboursables par l'AMO, et donc situés en dehors du champ d'Ines-Omar. Si l'on ne corrigeait pas cet écart de champ entre primes et remboursements, les primes simulées dans le modèle Ines-Omar paraîtraient excessives au regard des prestations prises en compte par le modèle.

De ce fait, les primes sont calées dans le modèle Ines-Omar (voir annexe 2), de sorte que leur montant total soit égal à la somme des remboursements des complémentaires simulés dans le modèle, auxquels viennent s'ajouter des frais de gestion et une marge commerciale (de Williencourt, 2023). Les primes de contrats individuels et collectifs sont calées séparément, en distinguant leur taux de frais de gestion et leur taux de marge.

**3.** Cela explique que cette régressivité ne se constatait pas en 2017 (Fouquet, Pollak, 2022, basé sur le modèle Ines-Omar 2017), même si les évolutions de montants entre les différents millésimes d'Ines-Omar ne peuvent pas être directement comparées en raison d'évolutions méthodologiques.

**4.** Dans cette fiche, on considère le montant des primes réellement à la charge des ménages, c'est-à-dire en retirant la participation éventuelle de l'employeur pour des contrats collectifs ou le montant du chèque ACS pour ses bénéficiaires (voir fiche 18), mais en incluant les taxes portant sur les primes.

**5.** Contrairement au taux d'effort des ménages pour le financement de l'AMO, le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge en santé s'appuie sur le revenu après prélevement de la CSG et des cotisations sociales. Le taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé défini ci-après ne correspond donc pas à la somme de ces deux taux d'effort.

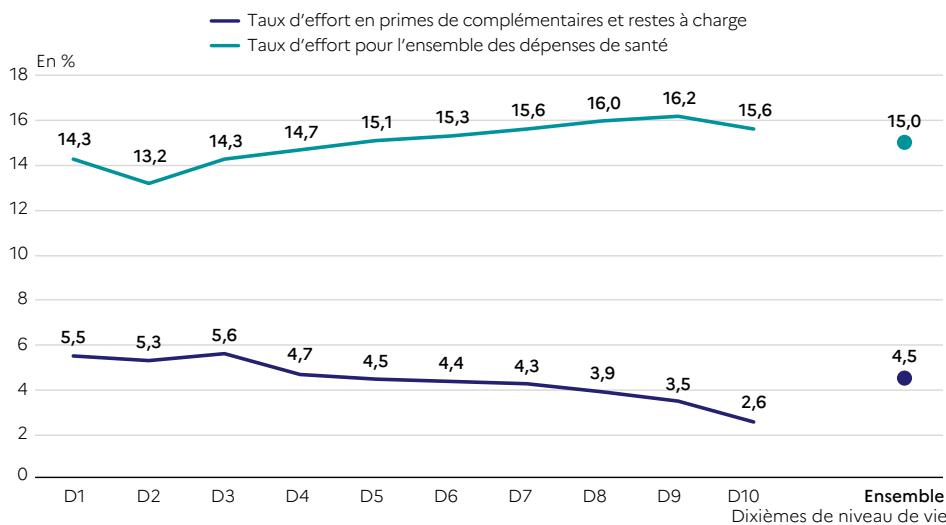
revenu disponible pour les ménages du premier dixième de niveau de vie (graphique 3), en dépit des dispositifs d'aide ciblant les publics précaires et modestes (comme la CMU-C et l'ACS), et de leurs primes et RAC AMC plus faibles. Ce taux d'effort est stable jusqu'au troisième dixième de niveau de vie, et descend graduellement jusqu'à moins de 3 % pour les ménages les plus aisés.

Le taux d'effort global pour l'ensemble des dépenses de santé, qui inclut le financement de l'AMO via les prélevements sociaux, venant s'ajouter aux primes versées aux complémentaires, et aux RAC AMC, s'établit à 15 % du revenu disponible des ménages avant prélèvement du financement de l'AMO. Il atteint 14 % pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, puis recule pour les ménages du deuxième dixième. Enfin, il augmente graduellement, et atteint 16 % pour les ménages situés au-dessus du septième dixième.

### Le taux d'effort en primes et restes à charge augmente avec l'âge et pèse particulièrement chez les retraités les plus modestes

Le montant des primes de complémentaires versé par les ménages est trois fois plus élevé pour les ménages dont la personne la plus âgée a 70 ans ou plus que pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 40 et 59 ans (voir fiche 11). En effet, les personnes âgées sont presque exclusivement couvertes par des contrats individuels, entièrement à la charge des assurés et dont les primes augmentent avec l'âge, contrairement aux contrats collectifs pris en charge en partie par l'employeur. Le RAC AMC augmente également avec l'âge, passant de 210 euros dans les ménages où la personne la plus âgée a entre 20 et 39 ans, à près de 600 euros dans les ménages avec une personne de 70 ans ou plus (tableau 2). Ainsi, le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge,

**Graphique 3 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon leur niveau de vie, en 2019**



**Note** > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible, après puis avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

**Lecture** > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) consacre en 2019 en moyenne 5,5 % de son revenu disponible aux primes de complémentaire santé (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et au reste à charge final non couvert en santé. Il consacre en moyenne 14,3 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, reste à charge).

**Champ** > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

représentant en moyenne 5 % du revenu disponible des ménages, augmente avec l'âge (graphique 4). Il passe de 3 % pour les ménages dont tous les membres ont moins de 40 ans, à 7 % pour les ménages dont une personne au moins dépasse 70 ans. Ces derniers ménages ont d'une part des revenus plus faibles, d'autre part des dépenses liées à leur santé (RAC AMC et primes) plus élevées.

Toujours d'après le modèle Ines-Omar, parmi les ménages dont la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans, ceux au sein desquels une personne est retraitée versent des primes plus élevées (1 300 euros par an contre 1 000 euros en moyenne). En effet, les personnes qui disposaient de contrats collectifs perdent la part prise en charge par leur employeur en arrivant à la retraite,

et les primes des contrats individuels augmentent avec l'âge, même lorsque les garanties souscrites sont finalement moins bonnes. En revanche, le RAC AMC des ménages dont le membre le plus âgé a entre 56 et 65 ans est presque identique selon que le ménage comprend un retraité ou non (430 euros contre 380 euros). En fin de compte, le taux d'effort en primes et restes à charge des ménages au sein desquels la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans et comprenant un retraité est plus élevé que celui des ménages du même âge sans retraité : 6 % contre 4 %. Parmi l'ensemble des ménages au sein desquels une personne au moins est retraitée, ce taux d'effort atteint 8 % chez les 20 % des ménages les plus modestes, tandis qu'il est de 4 % chez les 20 % d'entre eux les plus aisés. ■

**Tableau 2** Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

Tranches d'âge	Financement de l'AMO	Primes de complémentaire santé	Reste à charge après AMC	En euros
20-39 ans	5 374	510	206	
40-59 ans	7 935	989	352	
60-69 ans	4 300	1 279	443	
70 ans ou plus	2 344	1 534	590	
<b>Ensemble des ménages</b>	<b>5 363</b>	<b>1 046</b>	<b>387</b>	

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire.

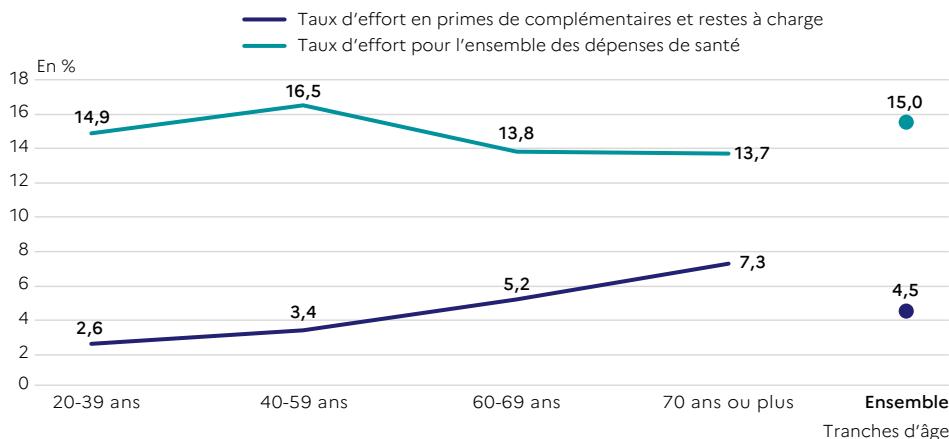
**Note** > Montant annuel moyen par ménage (en euros).

**Lecture** > Par an, en moyenne, un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans finance l'AMO à hauteur de 2 344 euros et verse 1 534 euros de primes de complémentaire santé (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). 590 euros restent à sa charge après remboursements par l'AMO et l'AMC.

**Champ** > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

**Graphique 4 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019**



**Note** > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible.

**Lecture** > Un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans consacre en moyenne 13,7 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, restes à charge). Il dépense en moyenne 7,3 % de son revenu disponible en primes de complémentaire (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation de l'employeur et chèques d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et en restes à charge en santé.

**Champ** > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

**Source** > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

**Pour en savoir plus**

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > **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.
- > **Allain, S.**, (2022, octobre). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. DREES, *Études et Résultats*, 1243.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Cour des comptes** (2023, septembre). La TVA est-elle un impôt juste ? *Les notes du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO)*, 6.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2020). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Jess, N. et al.** (2015). Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la DREES pour la séance du Conseil d'orientation des retraites (COR) du 14 octobre 2015.
- > **Lapinte, A., Legembre, B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.