

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

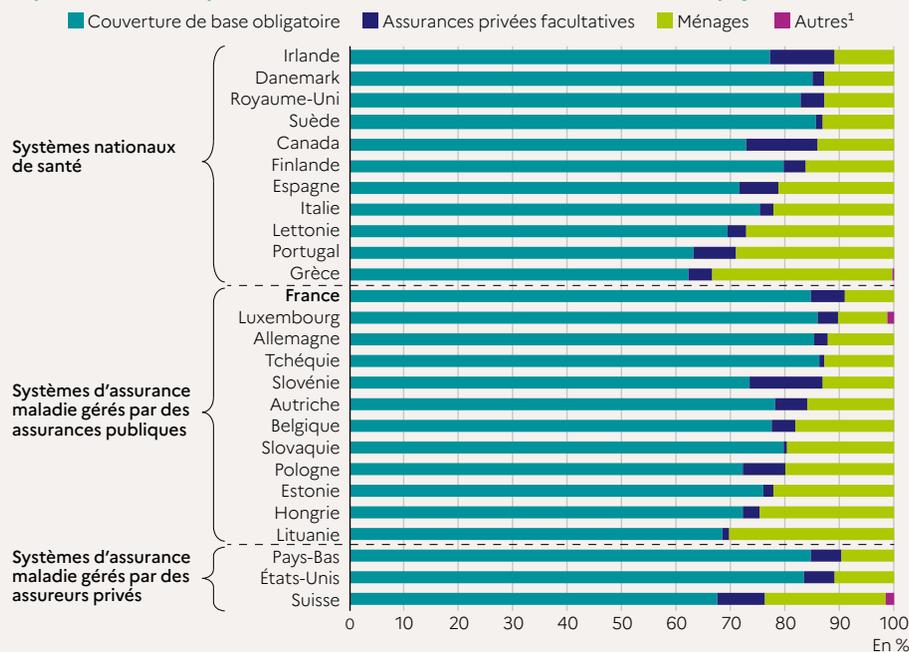
1. En cas de souscription d'une complémentaire santé, les ménages ont également à leur charge la prime d'assurance (voir fiche 11), qui pèse inégalement selon les revenus (voir fiche 15).

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

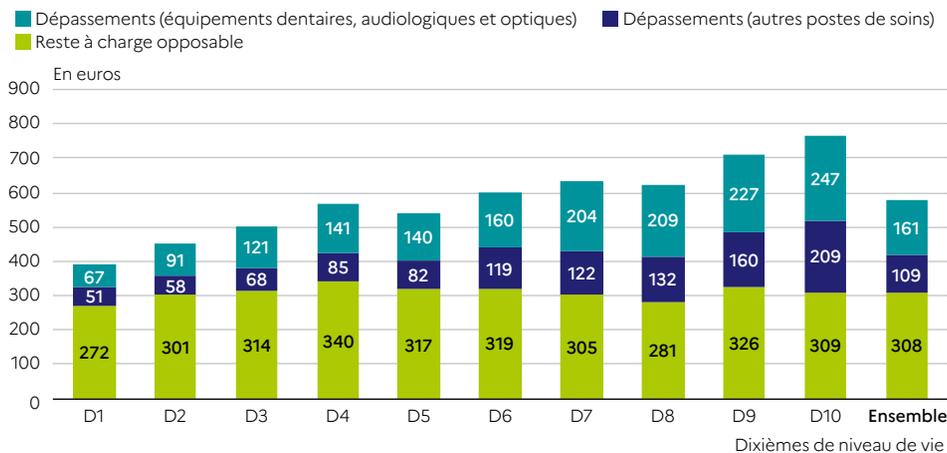
## **Encadré 2 Le modèle Ines-Omar 2019**

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 (renseigné 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.

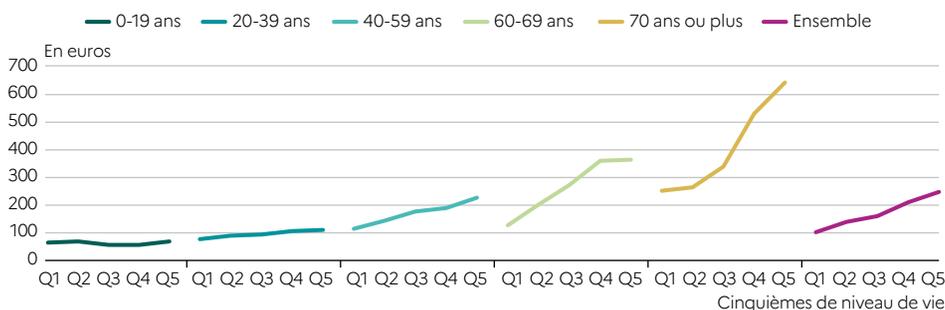
aboutit à des RAC AMC qui augmentent fortement avec l'âge. Selon le modèle Ines-Omar 2019, le saut est particulièrement marqué après 60 ou 70 ans (graphique 2). Ainsi, le RAC AMC moyen des personnes de 20 à 39 ans est de 100 euros par an, puis de 180 euros entre 40 et 59 ans, mais s'élève à 280 euros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

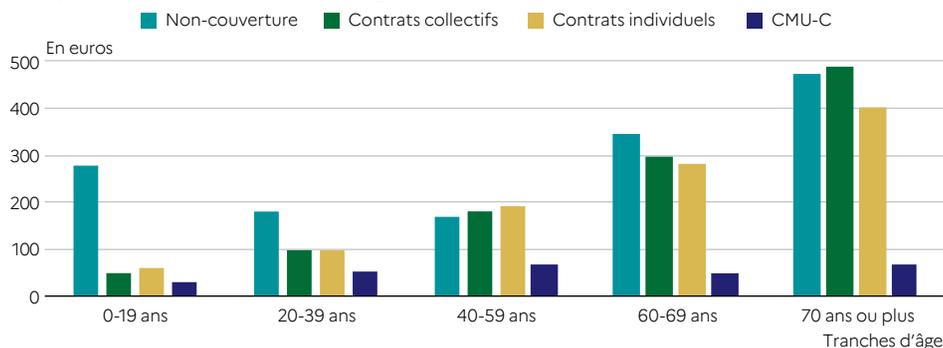
couvertes sont légèrement plus jeunes que la population générale, puisque 60 % d'entre elles ont moins de 40 ans, contre 49 % de la population générale.

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

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

<sup>4</sup>. 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

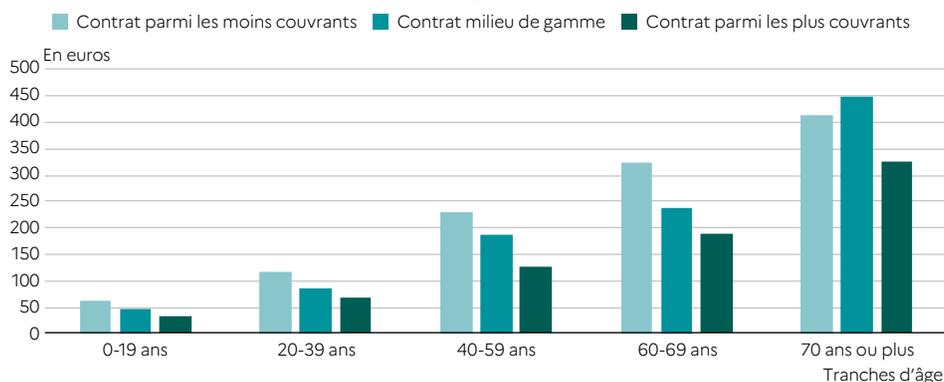
Le RAC AMC moyen des personnes assurées par une complémentaire santé privée varie selon le niveau de prise en charge de leur contrat, même si ces variations sont moindres que celles pouvant être expliquées par l'âge de l'assuré. Ainsi, le RAC AMC moyen d'un assuré disposant d'un contrat parmi les moins 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).

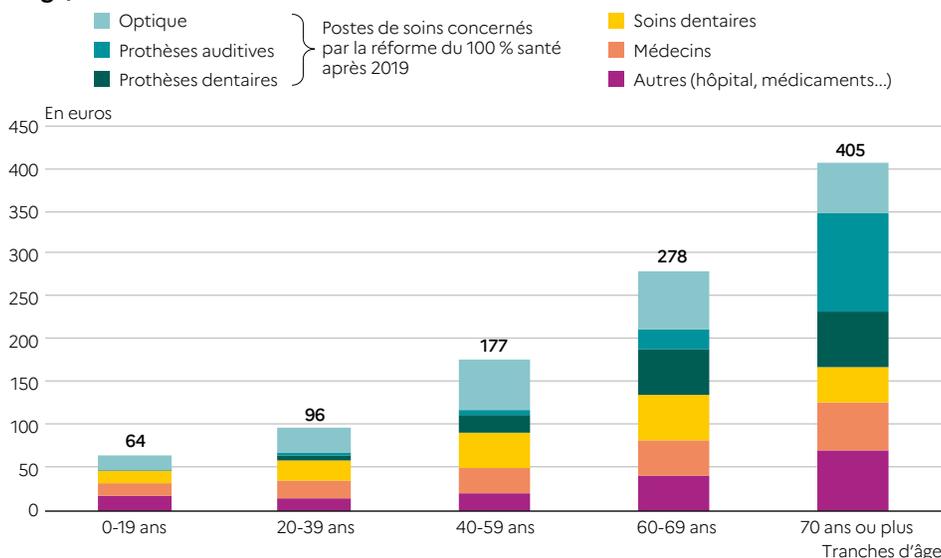
Après 2019, la réforme du 100 % santé a mené à un recours important aux prothèses auditives et dentaires du panier sans reste à charge (respectivement 39 % et 57 % des consommateurs en 2021 ; voir fiche 29), mais à une faible adoption des équipements en optique du même panier (16 % des consommateurs 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



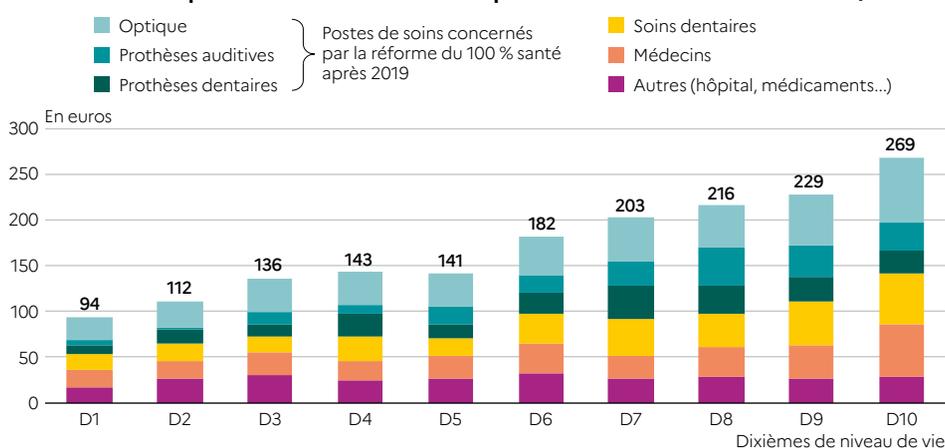
**Note >** Montant annuel moyen par individu.

**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.