

En 2017, les dépenses de santé, principalement constituées de soins de ville et de soins hospitaliers, représentent 2 977 euros par habitant, et sont prises en charge à 77,8 % par la Sécurité sociale. En 2012, la dépense de santé financée directement par les ménages, comprenant les primes versées au titre des complémentaires santé et le reste à charge après remboursements des assurances maladie obligatoire et complémentaires, représentait en moyenne 3,8 % de leur revenu et pesait davantage dans le budget des plus démunis. Les personnes âgées sont exposées aux primes de contrats de complémentaire santé et aux restes à charge les plus élevés.

Après assurance maladie obligatoire, le reste à charge des ménages les plus aisés est 1,7 fois plus élevé que celui des plus modestes

Le modèle de microsimulation INES-OMAR permet d'observer le poids des dépenses de santé dans le revenu des ménages. Les résultats présentés ici s'appuient sur la dernière actualisation du modèle avec les données de 2012.

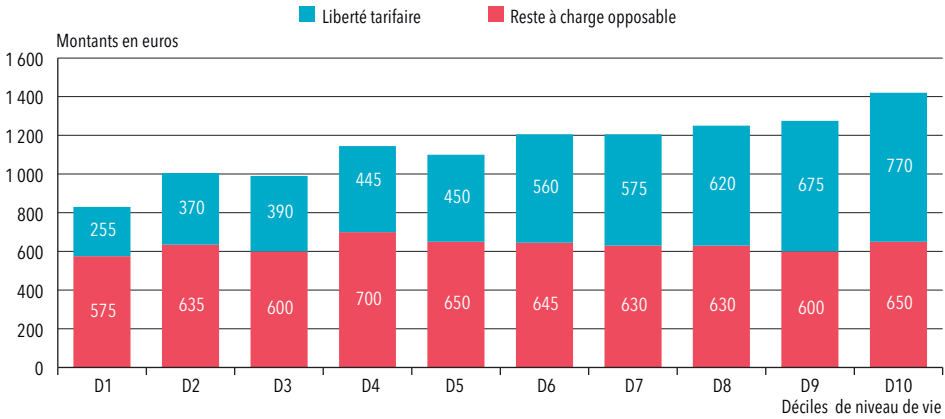
En raison d'inégalités sociales de santé et malgré des barrières d'accès aux soins, les dépenses de santé sont un peu plus élevées pour les ménages modestes que pour les ménages aisés. Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) compensent en grande partie ces différences puisque les personnes modestes ont une consommation de soins davantage orientée vers des soins mieux remboursés, notamment les soins hospitaliers (voir fiche 05). Ainsi, le reste à charge (RAC) après AMO est plus faible pour les ménages modestes que les ménages aisés en 2012 : il est 1,7 fois plus élevé pour les 10 % des ménages les plus aisés financièrement que pour les 10 % des ménages les plus modestes. Le reste à charge opposable (composé du ticket modérateur et des franchises médicales) des ménages après remboursement de l'AMO varie relativement peu en fonction du niveau de vie : il oscille entre 575 euros et 700 euros par an selon les déciles, soit un écart de 22 % (*graphique 1*). Les dépenses au titre de la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires et prix libres notamment en optique, audioprothèses, et soins prothétiques dentaires) sont, elles,

croissantes en fonction du revenu : les 10 % des ménages les plus démunis ont ainsi une dépense de 255 euros due à la liberté tarifaire, contre 770 euros pour les ménages du dernier décile, soit trois fois plus. Les ménages les plus aisés financièrement consomment des soins plus chers que les ménages les moins aisés, et sont, de ce fait, exposés aux restes à charge les plus conséquents.

Les dépenses de santé pèsent davantage dans le budget des plus démunis

En 2012, 95 % des Français bénéficient d'une complémentaire santé qui couvre une partie de ce reste à charge (voir fiche 12). Malgré les dispositifs d'aide ciblant les publics précaires et modestes, comme la CMU-C ou l'ACS (voir fiches 16 et 17), des primes et un reste à charge après AMO plus faibles, les 10 % de ménages les moins aisés, dont 40 % bénéficient de la CMU-C, s'acquittent en moyenne de 950 euros par an pour les primes de complémentaires santé et ont un reste à charge après remboursement de l'assurance complémentaire de 240 euros. La part de ces dépenses dans le revenu des plus modestes est bien plus élevée que chez les ménages aisés (*graphique 2*). Ceci n'est pas lié à des différences de taille ou de composition des ménages, relativement homogènes entre les déciles de niveau de vie (2,3 personnes par ménage en moyenne). Les primes atteignent 1 105 euros dans le deuxième décile, puis restent stables autour de 1 110 euros pour les 10 % des ménages les plus riches. Le taux d'effort, entendu comme le ratio de la somme des primes

Graphique 1 Décomposition du reste à charge annuel après assurance maladie obligatoire des ménages (opposable et liberté tarifaire), selon le niveau de vie en 2012

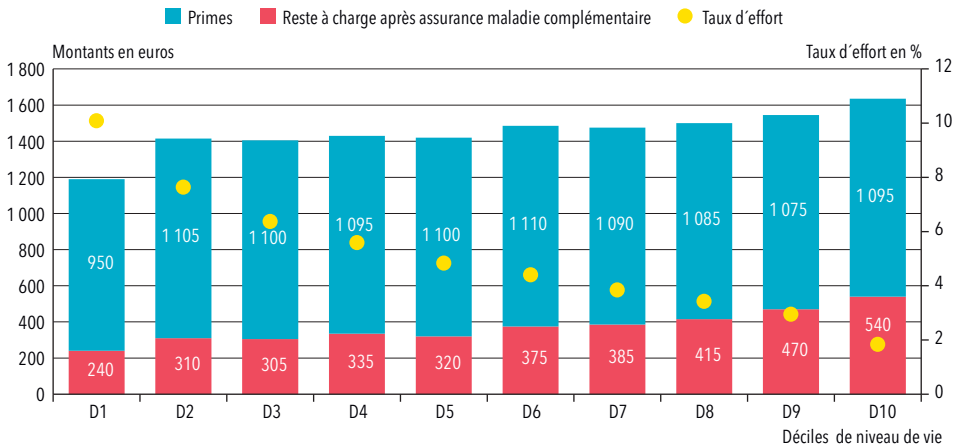


Lecture > Les ménages du premier décile de niveau de vie ont un reste à charge par an qui se compose de 575 euros de reste à charge opposable et de 255 euros de liberté tarifaire.

Champ > Ensemble des ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Graphique 2 Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon le niveau de vie en 2012



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. Le taux d'effort est la somme des primes payées par le ménage (hors participation employeur) et du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire divisée par les revenus du ménage. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Les chiffres présentés dans ces graphiques prennent en compte une participation de la part de l'employeur à hauteur de 57 %, contrairement aux 50 % pris en compte dans les graphiques de l'édition 2016.

Lecture > Les ménages du premier décile de niveau de vie (D1 : premier décile) consacrent près de 10 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

et de l'ensemble des restes à payer à la charge du ménage après intervention de l'AMC, sur le revenu disponible, est ainsi supérieur à 6 % chez les 30 % des ménages les plus modestes (6,4 % pour le troisième décile), puis décroît jusqu'à moins de 2 % chez les 10 % des ménages les plus aisés financièrement.

Des dépenses de santé croissantes avec l'âge

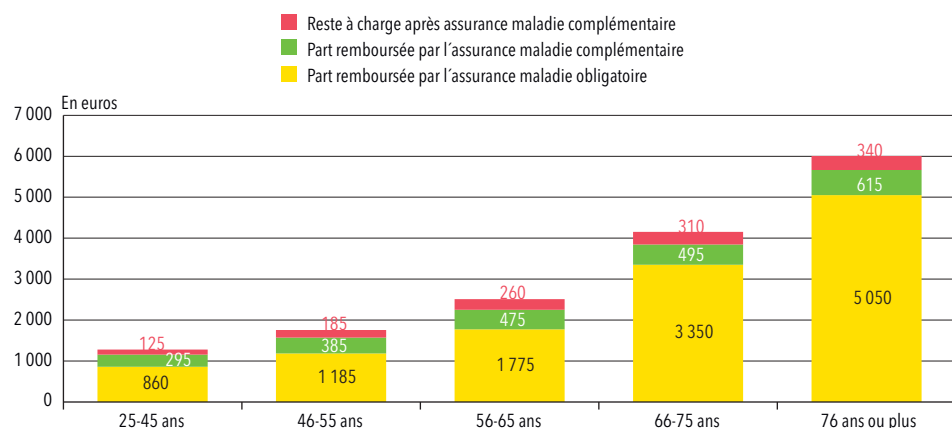
En 2012, la consommation de soins remboursée par l'AMO, par individu et par an, était en moyenne de 860 euros pour les personnes entre 25 et 45 ans et 5 050 euros pour les personnes de plus de 75 ans (graphique 3). En raison de leur consommation particulière, davantage tournée vers les soins mieux remboursés, et du fait d'une part plus importante d'individus bénéficiant du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge de l'assurance maladie est élevé chez les plus âgés. Si la prise en charge par l'AMO compense fortement l'augmentation des dépenses avec l'âge, le reste à charge après AMO augmente néanmoins avec l'âge. Le taux de couverture par l'assurance maladie complémentaire (AMC) du reste à charge après AMO diminue, lui, avec l'âge, ayant pour conséquence un reste à charge après AMC toujours croissant avec l'âge.

Ceci peut être lié, d'une part, à une consommation plus tournée vers des soins moins bien pris en charge par les organismes complémentaires et, d'autre part, par les moins bonnes garanties dont ils disposent. En effet, les personnes âgées disposent le plus souvent de contrats individuels et, de ce fait, de garanties moins importantes que les contrats collectifs (voir fiche 11).

Un taux d'effort qui augmente avec l'âge et pèse particulièrement chez les retraités les plus modestes

Les primes des ménages augmentent tout au long de la vie. Elles sont près de deux fois plus élevées pour les ménages dont la personne la plus âgée a plus de 65 ans que ceux dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans (graphique 4). Contrairement aux contrats collectifs dont les primes sont en partie prises en charge par l'employeur, celles des contrats individuels sont entièrement à la charge des assurés. De plus, dans l'immense majorité des contrats individuels, les primes des contrats augmentent avec l'âge des assurés (voir fiche 10). Le reste à charge après intervention de l'AMO et de l'AMC augmente également en vieillissant, passant de 260 euros dans les ménages

Graphique 3 Consommation annuelle moyenne de soins par âge et répartition de la prise en charge en 2012



Lecture > Les individus âgés entre 25 et 45 ans ont en moyenne un reste à charge de 125 euros après remboursement des assurances maladie obligatoire et complémentaire.

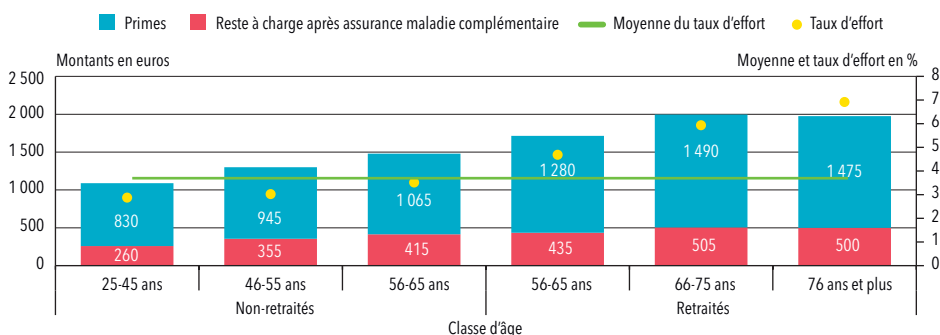
Champ > Ensemble des individus de 25 ans ou plus en ménages ordinaires ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

où la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans, à près de 500 euros dans les ménages de plus de 65 ans. Le taux d'effort augmente avec l'âge. Il va de 2,9 % pour les ménages ayant entre 25 et 45 ans dont les dépenses de santé sont les plus faibles, à 5,9 % entre 66 et 75 ans. Il atteint 6,9 % après 75 ans, car le revenu des ménages est en moyenne le plus faible à cet âge. Parmi les ménages dont la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans, ceux où une des personnes est retraitée ont des primes plus élevées. Les personnes disposant de contrats collectifs perdent en effet 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 *in fine* moins bonnes. Leur reste à charge après AMC est plus important que celui des ménages sans retraité. De ce fait, le taux d'effort des ménages retraités est plus élevé que celui des ménages non retraités : 4,7 % contre 3,5 %. Parmi les ménages dont une personne au moins est retraitée, le taux d'effort atteint 10,8 % chez les 20 % des ménages les plus modestes, tandis qu'il est de 3,2 % chez les 20 % d'entre eux les plus aisés. ■

Graphique 4 Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon l'âge en 2012



Note > Les dépenses de santé à la charge des ménages s'entendent primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire annuels moyens compris. L'âge du ménage est celui de l'individu le plus âgé. Les ménages non retraités sont ceux où aucun individu du ménage n'est à la retraite. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes.

Lecture > Les ménages dont la personne la plus âgée a entre 25 et 45 ans et où aucun individu n'est retraité consacrent près de 3 % de leur revenu à leurs dépenses de santé, incluant les primes et le reste à charge après assurance maladie complémentaire.

Champ > Ensemble des ménages ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) uniquement.

Source > DREES, INES-OMAR 2012.

Pour en savoir plus

> **Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferreti, C.** (2017). *Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> **Jess, N., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C.** (2015). *Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités*. Note de la DREES pour le Conseil d'orientation des retraites, séance plénière du 14 octobre 2015.