

Sous embargo jusqu'au 16/12/2022 à 6h00

ÉTUDES et RÉSULTATS

Décembre 2022
n° 1251

Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée

Plus de 9 personnes sur 10 en France ont consommé au moins une fois des soins remboursables en 2017, pour une dépense annuelle moyenne de 2 700 euros. Cette dépense varie considérablement selon les types de soins reçus et le profil des patients. Sans surprise, c'est pour les patients âgés et ceux qui ont une affection longue durée (ALD) que les dépenses de consultations de médecins, de pharmacie et à l'hôpital sont les plus élevées.

Pour les patients en ALD, et plus largement pour ceux dont les postes de dépenses de santé sont associés à la maladie, l'assurance maladie obligatoire (AMO) finance une plus large part des dépenses de santé. Le taux de prise en charge par l'AMO est ainsi de 94 % pour les 5 % qui consomment le plus, contre 56 % pour ceux qui ont des dépenses proches de la médiane. Pour autant, les restes à charge après AMO des patients âgés et en ALD peuvent rester conséquents, notamment pour les recours aux spécialistes et à l'hôpital. Parmi les spécialistes, c'est pour les consultations de psychiatres que les restes à charge après AMO des personnes qui consomment le plus sont les plus élevées, qu'elles soient ou non en ALD.

Romain Cometx (DREES) et Aurélie Pierre (Irdes, DREES)

> Cette publication accompagne la mise en ligne d'un outil de datavisualisation permettant d'explorer les dépenses de consommation de soins et les restes à charge des patients.

En France, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente 9 % du produit intérieur brut en 2021¹. Près de 80 % de ces dépenses de santé sont prises en charge par l'assurance maladie publique, ou assurance maladie obligatoire (AMO), une part qui augmente légèrement sur les dix dernières années [Arnaud, *et al.*, 2022]. Le recours à l'assurance maladie complémentaire, ou complémentaire santé, est très développé au sein de la population – 96 % en bénéficie en 2019 (Pierre, 2022) – et celle-ci finance une part importante des dépenses de santé (13 % en 2021). Au total, la France est le pays pour lequel les dépenses laissées à la charge des ménages sont les plus faibles (7 % de leur montant).

Au-delà de ces chiffres, l'exploitation du Système national des données de santé (SNDS) permet de disposer de statistiques sur la distribution des dépenses et des restes à charge après AMO (RAC AMO), en fonction du profil des patients (âge, sexe, affection de longue durée [ALD]). De telles données permettent de rendre compte de la variabilité des dépenses et des RAC AMO, qui ne sont pas toujours bien connus de la population. Cette méconnaissance peut s'expliquer par de nombreux facteurs : complexité du système de santé français, dispositif du tiers payant, grâce auquel les patients n'avancent pas toujours les frais des soins, ou encore forte variabilité des dépassements d'honoraires entre professionnels de santé. Les montants remboursés par les

1. Le champ de la CSBM concerne les dépenses courantes de santé à l'exception de celles de prévention et de gouvernance du système de santé, ainsi que de celles de soins de longue durée, c'est-à-dire les dépenses médico-sociales liées à la perte d'autonomie destinées aux personnes âgées ou en situation de handicap.

- assurances publique et complémentaire sont par ailleurs difficilement lisibles. De nombreux travaux mettent en évidence la forte concentration des dépenses de santé et des RAC AMO qui peuvent, dans certains cas, s'avérer très élevés (Adjera et Courtejoie, 2020), et ce malgré la forte intervention de l'assurance maladie pour les personnes en ALD (Adjera et Courtejoie, 2021a) et sur certains postes de soins, notamment à l'hôpital (Adjera et Courtejoie, 2021b).

Afin de mieux diffuser l'information sur les dépenses de santé et le rôle de l'AMO dans le financement des soins, la DREES a conçu un outil de datavisualisation (**encadré 1**) à destination de tous (administrations, chercheurs, professionnels de santé, usagers du système de santé) qui exploite les données du SNDS à partir de l'ensemble de la population et qui permet d'étudier des situations particulières jusqu'ici peu documentées. Les résultats principaux présentés dans cette étude proviennent des statistiques mises à disposition dans l'outil. Les données sont antérieures à la réforme du « 100 % santé » qui propose progressivement, à partir de 2019, des paniers de soins avec des restes à charge nuls en audiologie, optique et soins dentaires pour les bénéficiaires de contrats de complémentaire santé.

10 % des patients concentrent deux tiers des dépenses de santé totales

Les dépenses de santé engagées par les individus au cours d'une année peuvent se décomposer en un taux de recours (part de personnes ayant recouru au moins une fois à un soin durant l'année) [**encadré 2**] et un montant annuel de dépense pour les consommateurs² (qui dépend de la fréquence des recours et de leur prix). Ces indicateurs diffèrent grandement selon le type de soins. Les postes de soins étudiés dans ce travail (**encadré 3**) peuvent être schématiquement classés en quatre groupes³. Le premier (pharmacie, médecins généralistes, spécialistes) concerne des postes de soins consommés par la grande majorité de la population de référence⁴ – plus de 75 % y recourent en 2017 (**tableau 1**) – et pour lesquels la dépense annuelle moyenne des consommateurs est modérée, entre 143 euros et 477 euros. Le deuxième groupe (laboratoire, auxiliaires médicaux, soins dentaires conservateurs et autres)

se rapporte à des postes de soins que moins de la moitié de la population de référence consomme, pour des montants compris entre 141 euros et 325 euros. Le poste hôpital, qui concerne 25 % de la population de référence pour une dépense de 4 431 euros en moyenne, compose à lui seul le troisième groupe⁵. Quant au quatrième (optique, soins dentaires prothétiques, audioprothèses, transport), il inclut notamment les postes de soins visés par la réforme du 100 % santé. Il relève de dispositifs médicaux de ville peu consommés en 2017 (moins d'une personne sur dix au sein de la population de référence y a recours, à l'exception de l'optique) pour lesquels la dépense annuelle des consommateurs est élevée, près de 900 euros en moyenne.

Au sein de ces quatre groupes de postes de soins, la dépense des consommateurs varie fortement. Parmi les personnes hospitalisées, les 10 % d'individus qui consomment le plus à l'hôpital (dernier dixième de dépense⁶) effectuent 67 % des dépenses hospitalières totales. Cette forte concentration de la dépense s'observe également sur les postes de soins de ville : en pharmacie, le dernier dixième de dépense concentre 66 % de la dépense totale du poste. Cette proportion est de 41 % et de 32 % respectivement pour les consultations de spécialistes et de médecins généralistes. La variabilité des dépenses reste également élevée parmi les 10 % des personnes qui consomment le plus. Sur le poste pharmacie, 49 % de la dépense du dernier dixième est consommée

Encadré 2 Population de référence pour le calcul des taux de recours

Le taux de recours correspond à la part de personnes ayant eu, une année donnée, au moins un recours (consultation ou acte technique) à un poste de soins donné.

Le calcul de ce taux pour un poste de soins nécessite de définir une population de référence (consommateurs et non-consommateurs) comme dénominateur. Plusieurs méthodes ont été testées pour définir une telle population à partir de la base Restes à charge (RAC) qui, par construction, est une base de consommateurs. La méthode retenue consiste à considérer tous les individus ayant consommé des soins au moins une fois entre 2015 et 2017, non décédés dans la période ou décédés à une date postérieure au 31 décembre 2016. Sont également ajoutées les personnes nées en 2017 qui ont consommé des soins pour la première fois en 2018. Notons que certaines personnes décédées avant le 31 décembre 2016 peuvent être comptées comme non-consommateurs en 2017 si l'information sur le décès n'est pas remontée à temps dans le Système national des données de santé (SNDS). Par conséquent, les taux de recours chez les personnes les plus âgées sont potentiellement légèrement sous-estimés.

Le taux de recours annuel ne doit pas être interprété comme la part de la population suivie par un médecin ou bien équipée d'un dispositif médical. Il est possible par exemple qu'un suivi chez le cardiologue ne s'effectue que tous les deux ans, dans ce cas le patient n'apparaîtra dans les données qu'une année sur deux. De même, dans la majorité des cas, un renouvellement de montures ou de verres n'a pas lieu tous les ans. Par ailleurs, le taux de recours en audiologie considère non pas seulement l'achat de prothèses auditives, mais également l'entretien des appareils et l'achat de pièces détachées.

Encadré 1 L'outil de datavisualisation des dépenses de santé et des restes à charge

Les chiffres mis en évidence dans l'étude sont issus de l'outil de datavisualisation développé par la DREES sur les dépenses de santé et les restes à charge. Cet outil interactif, qui est disponible sur le site internet de la DREES, renseigne la dépense de santé et les restes à charge annuels en France en 2017 par poste de soins et selon plusieurs caractéristiques individuelles des consommateurs (âge, sexe, fait d'avoir au moins une affection de longue durée [ALD]). Il précise la variabilité et la décomposition de cette dépense entre prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), reste à charge (RAC) opposable et liberté tarifaire.

Pour y accéder, cliquer ici ou scanner le QR code >



2. On appelle ici consommant une personne ayant eu recours au moins une fois à des soins ou des biens médicaux en 2017.

3. La méthode utilisée ici est une analyse en composantes principales (ACP) sur les postes de soins, suivie d'une classification hiérarchique sur composantes principales (CHCP) réalisée sur les dépenses annuelles moyennes des consommateurs ainsi que sur le taux de recours de chaque poste.

4. Les taux de recours de 2017 sont calculés sur une population de référence construite à partir de l'ensemble des personnes ayant vécu au moins un jour en 2017 et ayant consommé au moins une fois des soins en 2015, 2016 ou 2017 ; supposant ainsi que cette population inclue les non-consommateurs de 2017 (voir encadré 3).

5. Le recours à l'hôpital peut être plus important que ce qui est connu par ailleurs. En effet, la base RAC, exhaustive, intègre les personnes en institution ou en établissement. Les dépenses hospitalières incluent les dépenses effectuées lors d'un séjour en clinique privée et à l'hôpital public, les hospitalisations de jour et les passages aux urgences. Les consultations externes ne sont pas incluses dans les dépenses du poste hôpital mais dans les dépenses de spécialistes.

6. Le dernier dixième de dépense et le premier correspondent respectivement aux 10 % des consommateurs avec les dépenses les plus élevées et aux 10 % avec les moins élevées. Le dernier centième correspond aux 1 % avec les dépenses les plus élevées.

par le dernier centième de dépense. Autrement dit, la moitié de la dépense des gros consommateurs de médicaments est concentrée sur un dixième d'entre eux. C'est pour les postes de soins les plus étroitement associés à la maladie (pharmacie, hôpital, transport) que cette part est la plus élevée (supérieure à 30 %). Elle est plus faible pour les dispositifs médicaux suivants : optique, prothèses dentaires et orthodontie, audioprothèses.

Une variabilité élevée des dépenses selon l'âge et l'ALD

Si le montant des dépenses de santé dépend de nombreux facteurs (prix de l'offre de soins sur le territoire, comportements de prévention, éducation à la santé, revenu, etc.), il est très fortement lié à l'état de santé des patients, donc à leur âge et au fait d'être ou non en ALD. Les personnes les plus âgées ont les taux de recours les plus élevés, sur la quasi-totalité des postes de soins⁷. Respectivement 93 %, 95 % et 96 % des personnes de plus de 80 ans ont vu un médecin généraliste, un spécialiste et ont consommé des médicaments en 2017 (tableau complémentaire A⁸), contre 79 %, 64 % et 80 % respectivement pour les 11-20 ans. La dépense annuelle en médecine générale des premiers s'élève à 267 euros en moyenne et elle est de 90 euros chez les seconds, ce qui, sur un poste de soins

sans ou avec peu de dépassements d'honoraires, reflète avant tout la fréquence du recours des plus âgés. Mais les dépenses au sein de chaque tranche d'âge sont également très variables. Parmi les plus de 80 ans, les 10 % plus gros consommateurs de généralistes⁹ ont une dépense annuelle de 768 euros sur ce poste, contre 266 euros pour les 10 % des patients de 11 à 20 ans qui consomment le plus (ces montants sont respectivement de 1 521 euros et 556 euros pour les dépenses de spécialistes). Au sein de la population des plus de 80 ans, le risque d'hospitalisation est important (45 %). Pour eux, les dépenses associées atteignent 9 000 euros en moyenne annuelle (graphique 1) et plus de 42 000 euros pour les 10 % aux plus fortes dépenses. Avant la mise en place de la réforme du 100 % santé, les taux de recours aux équipements d'audioprothèses sont relativement faibles, mais concentrés sur les personnes les plus âgées : 13 % des plus de 80 ans ont eu une dépense associée à ces dispositifs en 2017, pour un montant annuel moyen de 905 euros. Le recours aux audioprothèses est très rare chez les plus jeunes (moins de 1 %), mais leur dépense annuelle est très élevée : 1 500 euros en moyenne pour les 11-20 ans.

Les taux de recours à l'hôpital et aux soins de ville sont également importants chez les personnes souffrant au moins d'une maladie longue et chronique reconnue comme une affection de longue

Encadré 3 Sources et postes de soins

Données et champ

Ce travail exploite les données de la base Restes à charge (RAC) 2017 constituée par la DREES à partir du datamart de consommation inter-régime (DCIR) et du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette base renseigne les dépenses de santé exhaustives engagées par la population de France métropolitaine et des départements d'outre-mer affiliée à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale). Les dépenses étudiées sont celles présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) qui appartiennent au champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) à l'exclusion des dépenses qui ne concernent pas les consommations de soins des patients (comme les rémunérations forfaitaires professionnelles par exemple) et de celles non remboursables par l'AMO. Elles intègrent les soins de santé effectués en ville, au cours d'un séjour à l'hôpital public (incluant médecine, chirurgie, obstétrique [MCO], hospitalisation à domicile [HAD], soins de suite et de réadaptation [SSR] et psychiatrie [PSY], hors médico-social) ou en établissement de santé privé. Les dépenses de santé des patients non présentées au remboursement de l'AMO, telles que des consultations de médecines douces, ne sont pas incluses dans les données. Celles non individualisables (associées à la rémunération des médecins libéraux sur objectif de santé publique, par exemple) sont exclues de l'analyse. Ces données sont antérieures à la réforme du 100 % santé qui propose progressivement, à partir de 2019, des paniers de soins avec des restes à charge nuls en audiologie, optique et soins dentaires pour les bénéficiaires de contrats de complémentaire santé.

Postes de soins

La dépense est décomposée selon douze postes de soins. Le poste **hôpital** concerne les dépenses ayant eu lieu dans le cadre d'un séjour hospitalier (y compris les hospitalisations de jour et les passages aux urgences), à l'hôpital public ou en établissement de santé privé. Les postes **généraliste** et **spécialistes** concernent les consultations et les actes techniques réalisés en ville (y compris les consultations externes réalisées à l'hôpital en dehors d'un séjour hospitalier). Les postes **optique**, **soins dentaires prothétiques et orthodontie** et **audiologie** ne concernent que l'achat de biens dans ces trois postes,

les consultations chez les spécialistes en lien avec ces dépenses étant comptabilisées à part. Le poste **soins dentaires conservateurs** correspond aux soins courants (détartrage, traitement de caries, extraction de dents...) réalisés par différents spécialistes (chirurgiens-dentistes, stomatologues, etc.) ainsi que la radiologie dentaire. Le poste **pharmacie** inclut les dépenses de médicaments prescrits et remboursés au moins en partie par la Sécurité sociale (y compris les vaccins). Le poste **laboratoire** concerne les analyses faites en laboratoire (dont le prélèvement peut être effectué pour certaines par des infirmiers libéraux à domicile puis transmis au laboratoire). Le poste **paramédicaux et auxiliaires médicaux** concerne les dépenses de santé relatives aux infirmiers, kinés, etc. Quant au poste **transport**, il correspond aux frais de transport de personnes tels que les frais d'ambulance ou de taxis pour raisons médicales. Enfin, les **autres frais** concernent les dispositifs médicaux (hors prothèses dentaires, lunettes et appareils auditifs), les cures thermales et les soins de prévention comme certains vaccins, dépistages ou vitamines remboursées par la Sécurité sociale.

Comparaison avec les comptes de la santé

La base RAC se fonde sur le champ des dépenses individualisables, donc sur un champ un peu moins large que celui de la consommation de soins et de biens médicaux des comptes de la santé, qui comprend également les dépenses non individualisables et les rémunérations forfaitaires professionnelles (par exemple, le forfait patientèle médecin traitant) en ville et à l'hôpital. En outre, s'agissant des dépenses hospitalières, les comptes ont une approche centrée sur le coût de fonctionnement de l'hôpital, tandis que la base RAC a une approche fondée sur la dépense des patients.

Par ailleurs, les dépenses présentées dans l'outil de datavisualisation peuvent comporter d'autres différences avec les résultats des comptes de la santé 2017. Les agrégats des postes de soins ne sont en effet pas nécessairement les mêmes. Le poste des biens médicaux présenté dans les comptes de la santé est par exemple décomposé dans ce travail de façon à isoler les prothèses auditives. La documentation de la base RAC présente le détail de la composition des postes de soins de la base utilisés dans l'application.

7. Rappelons que les dépenses de santé étudiées ici n'intègrent pas les dépenses médico-sociales liées à la perte d'autonomie et au handicap.

8. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

9. Les consommateurs d'un poste de soins sont classés en dixièmes de dépense selon ce poste. Ainsi, les 10 % qui consomment le plus dans un poste ne sont pas les mêmes que ceux qui consomment le plus dans un autre poste.

Tableau 1 Recours aux soins, dépense moyenne par consommant et variabilité de la dépense, en 2017, par poste de soins

	Part du poste dans le total des dépenses (en %)	Taux de recours (en %)	Dépense annuelle moyenne par consommant (en euros)	Poids du dernier dixième de dépense dans la dépense totale (en %)	Poids du dernier centième de dépense dans la dépense du dernier dixième (en %)
Pharmacie	16,0	86	477	66	49
Médecin généraliste	4,6	83	143	32	20
Spécialistes	7,6	75	292	41	29
Laboratoire	2,7	49	141	38	23
Soins dentaires conservateurs	2,5	41	160	47	25
Auxiliaires médicaux	8,1	41	319	50	21
Autres	4,8	38	325	66	38
Hôpital	43,7	25	4 431	67	34
Optique	3,3	20	424	22	15
Soins dentaires prothétiques et orthodontie	3,4	9	987	35	22
Transport	2,6	8	825	63	36
Audioprothèses	0,8	2	973	39	13
Total	100	95	2 685	65	39

Autres : dispositifs médicaux hors optique, dentaire, audio ; cures, prévention.

Note > Pour chaque poste de soins, le dernier dixième de dépense correspond aux 10 % des consommateurs avec les dépenses les plus élevées, le dernier centième aux 1 % avec les dépenses les plus élevées.

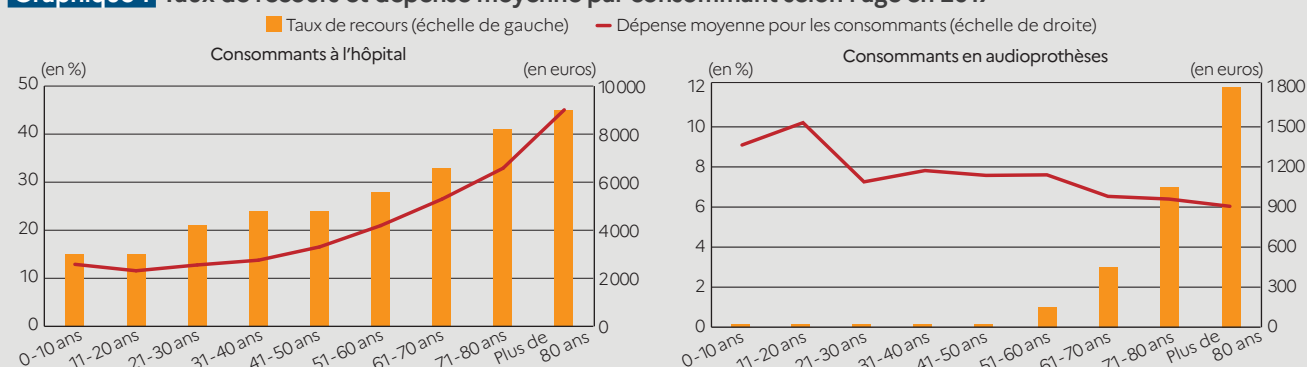
Lecture > En 2017, le poste de médecin généraliste représente 4,6 % des dépenses de santé, un taux de recours de la population de référence de 83 %, une dépense annuelle moyenne par consommant de 143 euros, et les 10 % qui consomment le plus ont une dépense moyenne pesant pour 32 % dans les dépenses totales de ce poste. Le dernier centième représente 20 % des dépenses du dernier dixième.

Champ > Taux de recours : population de référence, constituée des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS). Dépenses : population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière.

Sources > Datamart de consommation inter-régime (DCIR) [Caisse nationale de l'Assurance maladie] ; programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation] 2017 ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1251 © DREES

Graphique 1 Taux de recours et dépense moyenne par consommant selon l'âge en 2017



Note > On appelle consommant une personne ayant eu recours au moins une fois à des soins ou à des biens médicaux en 2017.

Lecture > En 2017, 15 % des enfants âgés de 0 à 10 ans inclus ont eu recours au moins une fois à l'hôpital, pour une dépense moyenne de 2 581 euros.

Champ > Taux de recours : population de référence, constituée des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS). Dépenses : population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière.

Sources > Datamart de consommation inter-régime (DCIR) [Caisse nationale de l'Assurance maladie] ; programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation] 2017 ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1251 © DREES

durée : 49 % ont été hospitalisées (contre 21 % pour celles qui ne sont pas en ALD), 96 % ont consulté au moins une fois un spécialiste (contre 71 %), notamment un cardiologue (32 %, contre 6 %) ou un radiologue (52 %, contre 31 %). La dépense des personnes en ALD est également six fois plus élevée que celle des personnes sans ALD : 8 919 euros en moyenne par an, contre 1 437 euros. Elle reste d'une grande variabilité. Elle s'élève à 47 817 euros en moyenne pour les 10 % de personnes en ALD qui dépensent le plus. Par comparaison, les 10 % de celles sans ALD qui consomment le plus (tous postes de soins confondus) ont une dépense moyenne de 7 820 euros. En définitive, alors que les personnes en ALD ne représentent que 18 % de la population ayant consommé des soins en 2017, leur part dans le montant total des dépenses de santé équivaut à 59 %.

Le recours aux soins et les dépenses de santé des femmes sont légèrement supérieurs en moyenne à ceux des hommes : 3 points de plus environ pour les taux de recours (à l'exception notable de la cardiologie) et une dépense annuelle moyenne de 2 745 euros chez les consommatrices, contre 2 585 euros chez les consommateurs. C'est toutefois chez les hommes que les dépenses les plus élevées sont observées, notamment pour le dernier centième : 73 512 euros pour les 1 % d'hommes qui consomment le plus, contre 62 984 euros pour les femmes. Cela s'explique par des besoins de soins différents, mais également par le fait que les femmes ont moins de comportements à risque et davantage recours à la prévention que les hommes (Fourcade, 2013). Les femmes recourent plus aux soins que les hommes à tout âge

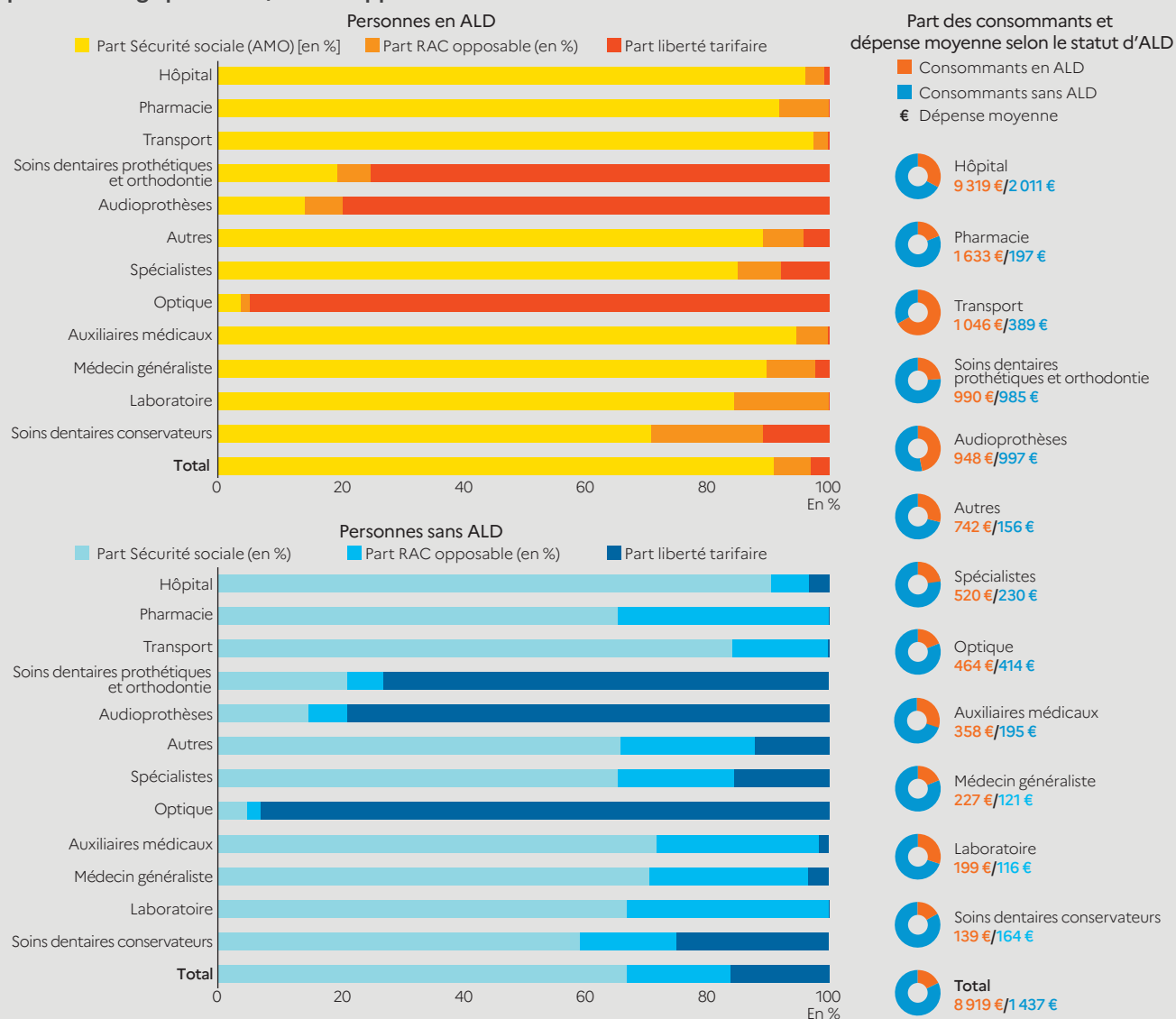
(notamment entre 20 et 50 ans), mais aux âges avancés (plus de 80 ans) leurs dépenses de santé sont plus faibles (7 891 euros en moyenne pour les premières, contre 8 763 euros pour les seconds).

Une prise en charge par l'AMO qui croît avec le montant des dépenses

La part des dépenses de santé prise en charge par l'AMO diffère selon les postes de soins consommés et selon le fait d'avoir ou non une ALD. Cette variabilité reflète la solidarité horizontale du système d'assurance obligatoire en faveur des individus qui font face aux risques santé les plus lourds : la prise en charge par l'AMO est plus importante pour les postes de soins associés aux maladies longues

et à l'hospitalisation (hôpital, consultations de médecins, médicaments, auxiliaires, etc.), ainsi que pour les personnes en ALD¹⁰. Alors que l'AMO finance en moyenne 81 % de la dépense de santé totale étudiée [tableau complémentaire B] dans la base Restes à charge (RAC) [encadré 3], ce taux s'élève à 91 % pour l'hôpital et à 76 % pour les consultations de médecins (contre 5 % pour les dépenses d'optique par exemple). Les personnes en ALD, qui sont exonérées du ticket modérateur pour la consommation de soins liée à leur ALD, ont une prise en charge publique de leurs dépenses de 91 % en moyenne (graphique 2), contre 67 % pour les personnes sans ALD (96 %, contre 91 % pour les dépenses hospitalières, 92 %, contre 65 % pour la pharmacie).

Graphique 2 Décomposition de la dépense moyenne par consommant en 2017, par poste de soins, selon la part prise en charge par l'AMO, le RAC opposable et la liberté tarifaire



RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire ; ALD : affection longue durée ; Autres : dispositifs médicaux hors optique, dentaire, audio ; cures, prévention.
Lecture > En 2017, 33 % des consommateurs à l'hôpital sont en ALD. Leur dépense moyenne s'élève à 9319 euros (contre 2011 euros pour les 67 % de consommateurs à l'hôpital sans ALD). Pour les personnes en ALD, cette dépense est prise en charge à 96 % par la Sécurité sociale, 3 % sont du RAC opposable, 1 % est de la liberté tarifaire.
Champ > Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière.
Sources > Datamart de consommation inter-régime (DCIR) [Caisse nationale de l'Assurance maladie] ; programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation] 2017 ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1251 © DREES

¹⁰. Cette situation reflète conjointement l'existence, pour certains actes et postes de soins, d'un tarif conventionnel plus élevé et, pour certains patients, d'un meilleur taux de prise en charge du tarif conventionnel par l'AMO (qui s'élève à 100 % du tarif de convention pour les personnes en ALD, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire notamment).

Ces prises en charge différenciées permettent à l'AMO de réduire fortement les dépenses de santé restant à la charge des assurés en faveur des personnes qui consomment le plus (Franc et Pierre, 2015). Ainsi, la prise en charge par l'AMO s'élève à 56 % pour les 10 % de personnes qui ont des dépenses de santé de niveau intermédiaire (5^e dixième), à 91 % pour les 10 % de personnes ayant les plus élevées et à 97 % pour les 1 % d'individus qui consomment le plus, tous postes de soins confondus (*graphique 3*). Cette meilleure prise en charge de l'AMO pour les personnes aux dépenses de santé les plus fortes s'observe sur tous les postes de soins, à l'exception des dispositifs optiques, dentaires et audioprothèses, pour lesquels le remboursement est faible et plafonné.

Des restes à charge après AMO qui peuvent demeurer très élevés

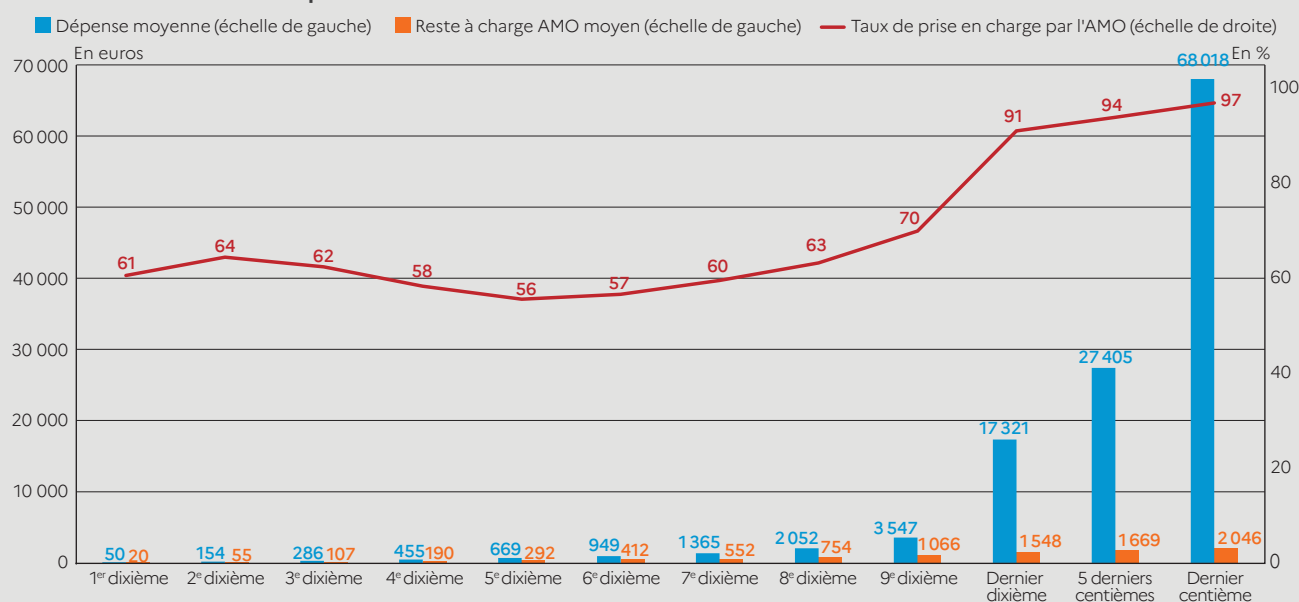
Si l'Assurance maladie réduit fortement les dépenses de santé des personnes qui consomment le plus, le montant des RAC AMO peut s'avérer conséquent, notamment en raison de son non-plafonnement (Adjrad et Courtejoie, 2020). Ainsi, le RAC AMO s'élève à 1 548 euros en moyenne pour les 10 % de personnes avec les dépenses les plus élevées, tous postes de soins confondus. Il est de 1 669 euros et 2 046 euros respectivement pour les 5 % et les 1 % de celles qui dépensent le plus. Ces RAC AMO sont majoritairement composés de RAC dits opposables (86 % du RAC AMO des 10 % d'individus avec les dépenses les plus élevées) [encadré 4]. Pour

les personnes couvertes par une complémentaire santé, le RAC opposable est quasi entièrement pris en charge par les contrats de complémentaires santé responsables¹¹. Le RAC AMO constitué des dépassements associés à la liberté tarifaire de certains professionnels de santé est plus ou moins bien pris en charge par les contrats de complémentaires santé, selon les niveaux de garantie des contrats.

C'est à l'hôpital, chez les spécialistes ainsi que pour les prothèses dentaires et les audioprothèses que les RAC AMO des plus gros consommateurs restent les plus élevés en 2017 : les 5 % de personnes avec les dépenses les plus élevées à l'hôpital (respectivement les 1 %) ont des RAC AMO moyens de 1 384 euros (respectivement 1 928 euros). Ce montant est de 346 euros (respectivement 581 euros) pour les personnes aux dépenses les plus importantes chez les spécialistes. Alors que les RAC AMO hospitaliers élevés sont très majoritairement composés de RAC opposables, ceux associés aux spécialistes s'expliquent pour plus de la moitié par des dépassements d'honoraires, avec une variabilité importante selon les spécialités : c'est en ophtalmologie, en gynécologie, en chirurgie¹² et en psychiatrie que les dépassements représentent la part la plus importante des RAC AMO les plus élevés (plus de 60 % des RAC AMO pour les 5 % plus gros consommateurs de chacun de ces postes).

Malgré la forte intervention de l'assurance maladie obligatoire pour les personnes en ALD, ces dernières ont des RAC AMO plus importants en moyenne que les personnes sans ALD : 772 euros,

Graphique 3 Dépenses, RAC moyens après AMO par consommant et taux de prise en charge par l'AMO, en 2017, selon la distribution de la dépense



RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire.

Note > Le premier dixième de dépense et le dernier correspondent respectivement aux 10 % des consommateurs avec les dépenses les moins élevées et aux 10 % avec les plus élevées. De même, le dernier centième de dépense correspond aux 1 % des consommateurs avec les dépenses les plus élevées.

Lecture > Les 10 % de patients qui consomment le plus ont une dépense moyenne en 2017 de 17 321 euros par consommant et un reste à charge AMO annuel moyen de 1 548 euros, soit une prise en charge moyenne par l'AMO de 91 % des dépenses.

Champ > Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière.

Sources > Datamart de consommation inter-régime (DCIR) [Caisse nationale de l'Assurance maladie] ; programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation] 2017 ; calculs DREES.

> Études et Résultats n° 1251 © DREES

11. Conformément à la réglementation, les contrats de complémentaires santé solidaires et responsables doivent prendre en charge l'intégralité des tickets modérateurs (à l'exception de ceux associés aux médicaments remboursés à 15 % et à 30 % et aux soins effectués en dehors du parcours de soins), ainsi que le forfait journalier hospitalier, quel que soit leur niveau de couverture. Ces contrats doivent en revanche laisser à la charge des patients les participations forfaitaires et les franchises médicales. 98 % des personnes couvertes par une complémentaire santé ont un contrat responsable.

12. La chirurgie concerne les consultations de chirurgiens hors hospitalisation. Pour les consultations de suivi associées à une hospitalisation en établissement privé, les dépenses de chirurgie et d'hospitalisation peuvent correspondre à un forfait qui serait alors inclus dans le poste hôpital.

contre 440 euros. L'AMO permettant de réduire essentiellement les dépenses de santé les plus élevées, la différence entre les RAC AMO des personnes avec et sans ALD s'observe principalement sur les neuf premiers dixièmes de dépenses. Ainsi, pour les 5 % et 1 % qui consomment le plus, le RAC AMO moyen des personnes en ALD est plus faible que celui des personnes sans ALD (2 284 euros, contre 2 680 euros pour le dernier centième) pour tous les postes de soins, à l'exception de l'hôpital. Le ticket modérateur des personnes en ALD étant pris en charge par l'Assurance maladie pour la consommation de soins liée à leur ALD, les RAC AMO des personnes en ALD aux dépenses de spécialistes élevées sont constitués d'une part importante de dépassements d'honoraires : 66 % pour les 5 % plus gros consommateurs (contre 55 % pour les personnes sans ALD). Le tiers restant de leur RAC AMO (34 %) correspond donc à du RAC opposable, c'est-à-dire à des participations forfaitaires et à des tickets modérateurs associés à des consommations de soins sans lien avec leur ALD¹³.

Le cas des consultations de psychiatres : les plus importants restes à charge chez les spécialistes

Si consulter un médecin psychiatre est peu répandu (3 % de la population y a eu recours au moins une fois en 2017¹⁴), la dépense annuelle moyenne d'un recourant est de 381 euros pour l'ensemble des consommateurs, de 1 619 euros pour les 10 % avec les dépenses les plus élevées et de 3 976 euros pour les 1 % qui dépensent le plus. De tels montants de dépenses de consultations de médecins ne se retrouvent dans aucune autre spécialité médicale. La dépense moyenne des 10 % qui consomment le plus de soins en gynécologie et en ophtalmologie, par exemple, est de 500 euros environ et de 400 euros en cardiologie. Le recours au psychiatre se caractérise en effet par des dépenses fréquentes : huit consultations par an en moyenne parmi les consommateurs.

Si l'Assurance maladie contribue largement à rembourser les dépenses de psychiatrie les plus élevées (respectivement 59 %, 57 % et 52 % pour les 10 %, 5 % et 1 % des patients qui dépensent le plus), cette part reste en deçà de celle des autres spécialités médicales (les taux atteignent respectivement 78 %, 79 % et 83 % pour l'ensemble des spécialistes). Aussi, les RAC AMO en psychiatrie des plus gros consommateurs demeurent particulièrement élevés : 940 euros et 1 913 euros pour les 5 % et les 1 % plus gros consommateurs (contre 581 euros pour les 1 % qui ont les dépenses les plus élevées pour tous les spécialistes confondus). Ces RAC AMO sont majoritairement composés de dépassements d'honoraires – 77 % des restes à charge pour les 5 % plus gros consommateurs (contre 58 % pour l'ensemble des spécialistes). Ces chiffres s'expliquent notamment par le cumul des dépassements et d'un recours très fréquent des plus gros consommateurs à un médecin psychiatre (37 consultations par an en moyenne pour les 5 % avec les plus fortes dépenses annuelles, correspondant probablement dans nombre de cas à des consultations de psychothérapie faites par des psychiatres).

Être ou non en ALD affecte peu les dépenses de psychiatrie, contrairement aux autres spécialités médicales : 372 euros en moyenne par an pour les patients en ALD, contre 384 euros pour ceux sans ALD. De la même façon, les 1 % de personnes avec et sans ALD qui consomment le plus en psychiatrie ont des dépenses moyennes de 3 809 euros et 3 984 euros respectivement. En

Encadré 4 La prise en charge des dépenses de santé

Les dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO sont financées par trois acteurs principaux : l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les patients.

L'assurance maladie obligatoire

Pour toute dépense de santé remboursable et présentée au remboursement, l'AMO prend en charge une partie de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). La BRSS et le taux de prise en charge de l'AMO varient selon les types de soins (ainsi, pour une consultation de médecin généraliste associée à une BRSS de 25 euros, l'AMO intervient à hauteur de 70 %, soit 17,50 euros en 2017, desquels est retranché 1 euro de participation forfaitaire). Le montant de la dépense qui subsiste après intervention de l'AMO constitue le reste à charge AMO (RAC AMO). Il est financé par le patient et/ou par sa complémentaire santé.

Le RAC AMO se compose, d'une part, d'un reste à charge opposable qui comprend les participations financières instaurées par la Sécurité sociale (tickets modérateurs et participations forfaitaires) ; et, d'autre part, d'un montant associé à la liberté tarifaire, composé des dépassements d'honoraires et des tarifs libres sur certains produits ou actes (notamment en optique, pour les aides auditives et pour les soins prothétiques dentaires).

Les complémentaires santé

Les contrats de complémentaire santé dits responsables (soit 98 % des contrats souscrits) ont obligation de prendre en charge l'intégralité des tickets modérateurs (à l'exception toutefois de ceux associés aux médicaments remboursés à 15 % et à 30 % par l'AMO et aux soins effectués en dehors du parcours de soins), ainsi que le forfait journalier hospitalier et les participations forfaitaires pour acte lourd à l'hôpital. Le RAC AMO associé à la liberté tarifaire est pris en charge par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de façon plus ou moins importante selon le niveau de couverture du contrat. La prise en charge des dépassements d'honoraires par les contrats responsables est plafonnée depuis 2016. La participation forfaitaire (de 1 euro pour toute consultation ou tout acte réalisés par un médecin, pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale) et les franchises médicales (de 0,50 euro pour une boîte de médicaments ou un acte paramédical, 2 euros par transport sanitaire) ne sont pas remboursables par les contrats de complémentaire santé responsables.

Si le patient n'est pas couvert par une complémentaire santé, il doit s'affranchir de l'intégralité du RAC AMO, sinon, il ne s'acquitte que du reste à charge après AMC.

revanche, si la fréquence des recours est très soutenue pour tous les plus gros consommateurs de psychiatrie, les personnes en ALD consultent plus souvent un psychiatre que celles sans ALD (69 fois par an en moyenne, contre 58 fois pour les 1 % plus gros consommateurs). Le poids des dépassements d'honoraires parmi les dépenses de psychiatrie des personnes sans ALD est donc plus important que pour celles en ALD. Et leurs restes à charge sont particulièrement élevés : 2 292 euros en moyenne pour les 1 % de personnes sans ALD qui dépensent le plus, bien au-delà des RAC AMO en psychiatrie des personnes en ALD (1 124 euros) ou de ceux qui existent dans d'autres spécialités. Les restes à charge après assurance maladie obligatoire les plus élevés concernent principalement les personnes sans ALD qui ont entre 31 et 60 ans, notamment celles entre 41 et 50 ans (965 euros pour le dixième consommant le plus) [tableau complémentaire C].

¹³. Leur RAC opposable intègre les tickets modérateurs de leurs consommations de soins sans lien direct avec leur(s) ALD ainsi que les franchises médicales et les participations forfaitaires.

¹⁴. Sont incluses les consultations avec un psychiatre libéral en ville et les consultations externes à l'hôpital effectuées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Consommation de soins et inégalités sociales et territoriales

Cette publication se concentre sur la variabilité des dépenses de santé et des RAC AMO selon différents postes de soins et profils de patients. La consommation de soins varie également selon le territoire, qui est intimement lié à l'implantation, à la disponibilité et au prix de l'offre de soins. Par ailleurs, si le financement de l'AMO contribue à la réduction des inégalités de revenus (Fouquet et Pollak, 2022), la France se caractérise par de nombreuses inégalités sociales d'accès aux soins, notamment en ce qui concerne le recours à la prévention et aux spécialistes

(OCDE, 2019), en partie alimentées par les inégalités sociales de couverture par une complémentaire santé. Parmi les personnes de 16 ans ou plus vivant en France métropolitaine, le renoncement aux soins concerne 3,1 % d'entre elles en moyenne en 2017 et touche principalement les plus modestes, les plus éloignées de l'offre de soins et celles sans complémentaire santé (Lapinte et Legendre, 2021). Ainsi, la consommation de soins effective ne représente pas parfaitement les besoins de soins de la population : les dépenses de santé et les RAC AMO sont diminués pour les patients qui font face aux barrières d'accès aux soins les plus importantes. ●

Mots clés : Dépenses de santé Reste à charge Assurance maladie Recours aux soins Sécurité sociale

Données associées à l'étude : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/plus-les-depenses-de-sante-sont-importantes>

Pour en savoir plus

- > La base RAC sur les dépenses et les restes à charge en santé après assurance maladie obligatoire est disponible sur le site internet de la DREES.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021a, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021b, 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.
- > **Arnaud, F., et al. (dir.)** (2022). *Les dépenses de santé en 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la Drees-santé.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Fourcade, N.** (2013, mars). La santé des femmes en France. DREES, *Études et Résultats*, 834.
- > **Franc, C., Pierre, A.** (2015, avril). Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas. Insee, *Économie et Statistique*, 475-476, 31-49.
- > **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.
- > **OCDE** (2019). *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*. OECD Health Policy Studies.
- > **Pierre, A.** (2022, mai). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 268.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglar
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique : Céline Roux
Chargée d'édition : Laureen Guhur
Composition et mise en pages : Julie Eneau
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr