

Après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), 18 % des dépenses de santé incombent aux patients de façon directe ou via une couverture complémentaire. Pour près de la moitié d'entre eux, ce reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) représente un montant inférieur à 200 euros annuels en 2021. Le RAC AMO des 10 % de patients ayant le RAC AMO le plus élevé s'élève en moyenne à 2 400 euros annuels, malgré l'existence de dispositifs publics à destination des plus malades (notamment pour les affections de longue durée [ALD]). Le RAC AMO des patients est pris en charge au moins partiellement par leur contrat complémentaire éventuel. Pour 45 % d'entre eux, un contrat responsable ne remboursant que le minimum réglementaire suffit à prendre en charge la totalité du RAC AMO (hors franchises et participations forfaitaires).

Une prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de 82 % en moyenne

En moyenne, le montant des dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en France s'élève en 2021 à environ 2 900 euros annuels par consommant, avec une prise en charge à 82 % par l'AMO (*graphique 1*) : 81 % au titre de la part légale et 1 % au titre de « parts supplémentaires » (par exemple, le régime d'Alsace-Moselle) [voir fiche 01]. Le montant restant des dépenses de santé est composé d'un reste à charge opposable (incluant les franchises sur les médicaments et les participations forfaitaires sur les consultations et actes médicaux¹), à hauteur de 9 % du montant total, et d'un reste à charge lié aux dépassements, à hauteur de 9 % lui aussi. Ensemble, ils constituent le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), qui s'élève donc en moyenne à 18 % du montant total de dépenses de santé par patient [*graphique 1*]. Ce RAC AMO est financé par les patients, directement et/ou

indirectement s'ils souscrivent un contrat de complémentaire santé (voir fiche 10). Le risque à couvrir dépend à la fois de la probabilité d'avoir recours à un soin et du montant de RAC AMO à couvrir, qui varie beaucoup dans la population.

La prise en charge par l'AMO varie selon le type de soins. Elle est plus importante pour les soins réalisés à l'hôpital, souvent plus coûteux. L'AMO prend ainsi en charge en moyenne 89 % des dépenses hospitalières et 56 % des dépenses de soins de ville de la « population générale² » (*tableau 1*). La part des dépenses hospitalières augmente avec le montant total de dépenses : pour 80 % des patients de la population générale, les dépenses hospitalières représentent moins de 10 % des dépenses de santé, mais pour les 10 % dont les dépenses de santé sont les plus élevées, elles en représentent près de la moitié (*graphique 2a*). La prise en charge par l'AMO des dépenses de santé a donc tendance à être d'autant plus élevée que celles-ci sont importantes (*graphique 2b*) [Cometx, Pierre, 2023].

1. Les franchises et participations forfaitaires s'élèvent en moyenne à 33 euros par an en 2022 parmi les patients à l'exclusion de ceux bénéficiant d'exonérations (enfants de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire [CSS], etc.) [Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2024]. Cela représente 1,6 milliard d'euros en 2022. Ce montant est amené à augmenter à partir de 2024, car les franchises et participations forfaitaires sont alors doublées dans la limite de plafonds inchangés (voir fiche 01).

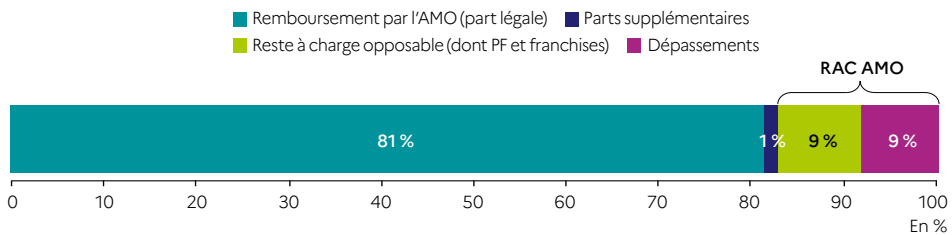
2. Définie ici comme les personnes n'ayant pas d'affection de longue durée (ALD) et ne bénéficiant pas de la complémentaire santé solidaire (CSS), et qui représente 71 % de la population totale.

Des dispositifs publics qui renforcent la prise en charge, jusqu'à 92 % des dépenses de santé pour les patients les plus malades

Dans certaines situations, des dispositifs publics complètent la prise en charge par l'AMO des dépenses de santé des patients (voir fiche 01). C'est le cas de la complémentaire santé solidaire (CSS) qui permet aux patients les plus précaires

de bénéficier d'une complémentaire santé publique soit gratuitement, soit moyennant une participation financière contenue (voir fiche 28). Le RAC AMO moyen des bénéficiaires de la CSS³ (9 % de la population totale) est de 70 euros (tableau 1). Leur risque assurable étant entièrement socialisé, c'est-à-dire pris en charge par la Sécurité sociale (voir fiche 03), il n'est donc pas à assurer par une complémentaire santé privée.

Graphique 1 Décomposition moyenne des dépenses de santé, en 2021



AMO : assurance maladie obligatoire ; PF : participations forfaitaires ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note > Les dépassements incluent les dépassements d'honoraires, ainsi que les dépenses au titre de la liberté tarifaire sur certains actes ou dispositifs médicaux (y compris sur les équipements du panier 100 % santé).

Lecture > 81 % du total des dépenses de santé sont remboursées par l'AMO au titre de la part légale, par patient en 2021.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

Tableau 1 Montants moyens de dépenses de santé et prise en charge par patient, par statut du patient et par type de soins, en 2021

	Statut	Soins de ville	Soins hospitaliers	Total	Part de la population totale (en %)
Dépense moyenne (en euros)	Population générale	973	410	1 383	73
	CSS	866	517	1 383	9
	ALD	4 637	4 668	9 305	18
RAC AMO moyen (en euros)	Population générale	429	46	475	73
	CSS	65	6	70	9
	ALD	615	162	777	18
Taux de prise en charge moyenne par l'AMO (en %)	Population générale	56	89	66	73
	CSS	92	99	95	9
	ALD	87	97	92	18

ALD : affection de longue durée ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CSS : complémentaire santé solidaire ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note > la catégorie « CSS » regroupe les patients qui sont bénéficiaires du dispositif CSS exclusivement. Les patients bénéficiaires de la CSS qui présentent également une ALD sont regroupés avec les patients de la catégorie « ALD ».

Lecture > Les dépenses moyennes des patients en ALD s'élèvent à 9 305 euros ; elles sont en moyenne prises en charge à 92 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), et le reste à charge pour le patient (et sa complémentaire santé éventuelle) est en moyenne de 777 euros.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

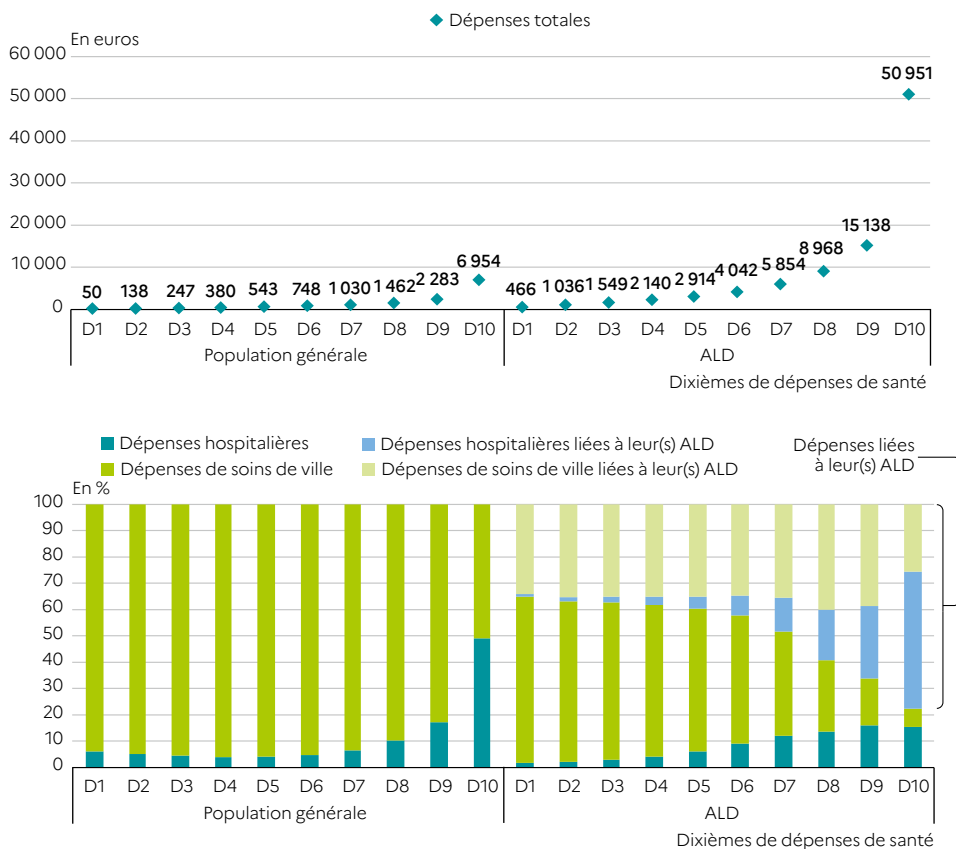
3. Hors bénéficiaires CSS couverts par le dispositif d'affection de longue durée (ALD).

Les patients souffrant d'une pathologie dont le suivi et les traitements peuvent être particulièrement longs et/ou coûteux peuvent bénéficier du dispositif d'affection de longue durée (ALD). Dans ce cas, l'AMO prend en charge à 100 % les dépenses liées à leur(s) pathologie(s) [hors dépassements], tandis que leurs autres dépenses sont prises en charge suivant les règles de droit commun (Adjerad, Courtejoie, 2021a). Ainsi, si les bénéficiaires de ce dispositif (18 % de la population totale) ont des dépenses en moyenne six fois supérieures à celles des autres patients (9 305 euros contre 1 383 euros), 92 % de

celles-ci sont prises en charge par l'AMO, contre 66 % en population générale (tableau 1). Ce sont les dépenses hospitalières qui sont particulièrement plus élevées : elles représentent plus de la moitié de la dépense totale moyenne chez les patients en ALD (4 668 euros sur 9 305 euros), contre moins d'un tiers en moyenne pour la population générale (410 euros sur 1 383 euros) [tableau 1]. Cette part augmente avec le montant total de dépenses : elle est inférieure à 3 % pour le dixième des patients en ALD dont les dépenses sont les plus faibles, contre plus des deux tiers⁴ pour le dixième des patients en ALD dont les

Graphique 2 Dépenses de santé et restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire moyens, décomposés entre soins de ville et hospitaliers et selon le statut ALD des patients, en 2021

2a. Dépenses de santé moyennes, classées par dixièmes de dépenses de santé



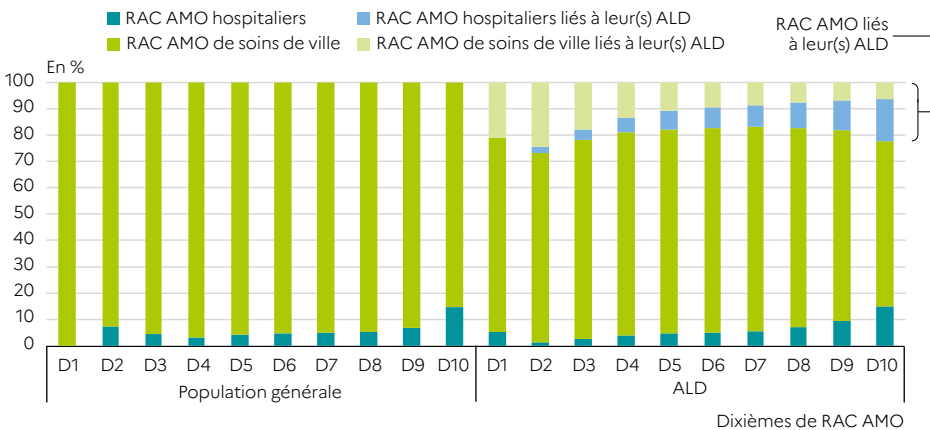
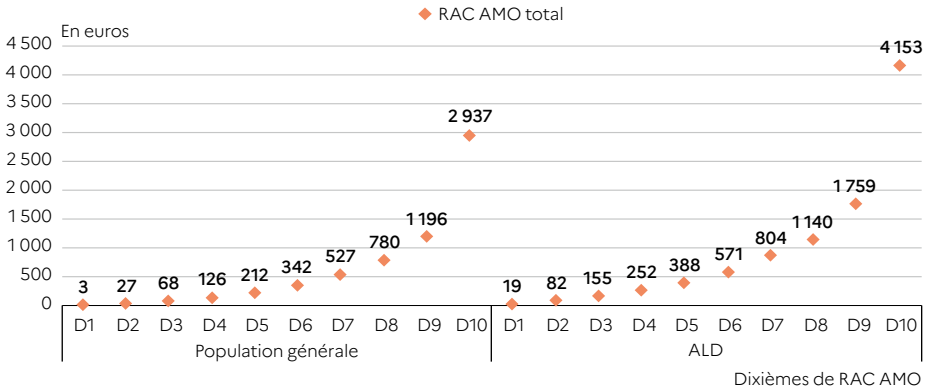
4. Plus précisément, 52 % liées à leur(s) ALD et 15 % non liées à leur(s) ALD.

dépenses sont les plus élevées (graphique 2a). Mais c'est via les soins de ville que s'opère l'effet le plus important du dispositif ALD, où le taux de prise en charge moyen est de 31 points supérieur à celui de la population générale (87 % contre 56 %) [tableau 1]. En ce qui concerne les dépenses hospitalières, le taux de prise en charge atteint 97 % pour les patients en ALD, contre 89 % en population générale (tableau 1). L'écart relatif de prise en charge des dépenses hospitalières entre

la population générale et les patients en ALD (8 points) est donc bien moindre que pour les soins de ville.

Pour les bénéficiaires du dispositif, si les dépenses liées à leur(s) ALD représentent de 30 % à 80 % de leurs dépenses totales selon les dixièmes de dépenses (graphique 2a), les RAC AMO liés à leur(s) ALD pèsent autour de 20 % de leur RAC AMO total (graphique 2b). Ces restes à charge liés aux dépenses relatives à leur(s) ALD proviennent des

2b. Restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) moyens, classés par dixièmes de RAC AMO



ALD : affection de longue durée ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.
Note > La catégorie « population générale » regroupe l'ensemble des patients qui n'ont pas d'ALD reconnue, et qui ne sont pas bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS).
Lecture > Les dépenses moyennes des 10 % des patients en ALD avec les dépenses les plus élevées sont de 50 951 euros. Le RAC AMO moyen des 10 % de patients en ALD avec les RAC AMO les plus élevés est de 4 153 euros.
Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS), hors bénéficiaires de la CSS ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.
Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

franchises médicales, des participations forfaitaires, des forfaits journaliers hospitaliers (FJH) et des dépassements, qui ne sont pas pris en charge par le dispositif (voir fiche 01). Par ailleurs, les dépenses de santé relatives à des soins en dehors du dispositif ALD (et donc faisant l'objet de remboursements de droit commun par l'AMO) sont aussi en moyenne plus élevées, notamment parce que les patients concernés sont, en moyenne, plus âgés que l'ensemble de la population. En définitive, le RAC AMO moyen à couvrir pour les patients en ALD demeure plus élevé que celui de la population générale (777 euros contre 475 euros, *tableau 1*), mais la distribution des RAC AMO des patients en ALD est relativement proche de celle de la population générale, si l'on exclut les 20 % des patients ayant les RAC AMO les plus élevés (*graphique 2b*). À âge donné, le RAC AMO moyen des patients ALD est comparable à celui de la population générale, en particulier à partir de 45 ans (Adjerad, Courtejoie, 2021a). Le dispositif ALD, bénéficiant aux plus malades, joue ainsi un rôle régulateur du marché de la couverture complémentaire privée, en réduisant le différentiel de dépenses non remboursées par l'AMO entre les bénéficiaires des ALD et les autres patients. En effet, les risques de santé les plus coûteux étant couverts par l'AMO, les complémentaires santé auraient peu d'incitations à mettre en place une tarification en fonction du statut ALD, les dispositions existantes interdisant de toute façon le recours au questionnaire médical⁵. Les complémentaires santé disposent d'autres modes de tarification, comme la localisation géographique (Bithorel, Reduron, 2023) et surtout l'âge des patients (voir fiche 10).

Des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire en moyenne deux fois plus élevés pour les plus de 65 ans

Au-delà de la réduction par l'AMO de l'écart de risque, au sens des assureurs, entre les personnes souffrant de maladies chroniques et les autres, il demeure des différences de niveaux

de dépenses dans la population, liées à l'âge. Le RAC AMO annuel moyen augmente globalement avec l'âge, de 251 euros entre 20 et 29 ans à plus de 1 000 euros au-delà de 80 ans (*graphique 3*). Font toutefois exception les patients âgés de 10 à 19 ans, pour qui le RAC AMO moyen est plus élevé que celui des patients de 20 à 29 ans, en raison de dépassements payés particulièrement élevés en soins dentaires (ils représentent 49 % de leurs dépenses moyennes). Entre 20 et 80 ans, les RAC AMO moyens augmentent peu à peu, particulièrement en raison des dépassements. La part du RAC AMO due à des dépassements en audiologie est par exemple de 12 % en moyenne chez les 80-89 ans, contre 1 % chez les 40-49 ans.

Il existe toutefois une hétérogénéité à l'intérieur des tranches d'âge. Par exemple, parmi les 20-29 ans, un patient sur deux fait face à un RAC AMO annuel inférieur à 91 euros (P50), mais un sur quatre à un RAC AMO annuel supérieur à 320 euros (P75) [*graphique 4*]. Cette hétérogénéité augmente avec l'âge (et pour les 10-19 ans). Ainsi, l'écart entre les 10 % des patients dont les RAC AMO sont les plus faibles et ceux dont les RAC AMO sont les plus élevés s'élève à 600 euros environ entre 20 et 29 ans et à 800 euros environ entre 30 et 39 ans, pour atteindre plus de 2 500 euros entre 80 et 89 ans. Entre 0 et 40 ans, le RAC AMO est inférieur à 130 euros pour plus d'un patient sur deux, tandis que pour les plus de 70 ans, le RAC AMO est supérieur à 500 euros pour plus d'un patient sur deux, voire à 1 000 euros pour un patient sur quatre.

En 2021, 45 % des patients n'ont aucun frais de dépassement

Le système actuel de remboursements par l'AMO constitue un filet de protection efficace : pour 50 % des patients, le RAC AMO est inférieur à 160 euros en 2021 (*graphique 5*). Pour ces patients, c'est la partie opposable du reste à charge qui en constitue la composante principale. Ainsi, 45 % des patients n'ont en effet aucun frais de dépassements (hors dépassements pour des équipements dentaires, optiques et

5. Dans le cas des contrats solidaires (voir annexe 1).

Graphique 3 Décomposition du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire moyen par poste de soins et par tranche d'âge, en 2021

Tranches d'âge	RAC AMO moyen (en euros)	dont dépassements (en %)...					dont reste à charge opposable (en %)...	
		... en audiologie	... en dentaire	... en optique	... en cliniques	... autres	... hôpital et cliniques	... soins de ville
0-9 ans	183	0	8	18	2	11	11	51
10-19 ans	381	0	49	15	1	5	5	24
20-29 ans	251	0	9	21	5	11	8	45
30-39 ans	332	1	14	17	6	13	7	43
40-49 ans	457	1	17	24	4	11	6	38
50-59 ans	606	2	18	26	4	10	6	34
60-69 ans	703	4	18	20	5	10	7	36
70-79 ans	874	8	16	15	5	9	10	38
80-89 ans	1 011	12	12	10	4	7	17	39
90 ans ou plus	972	10	6	5	2	5	26	44

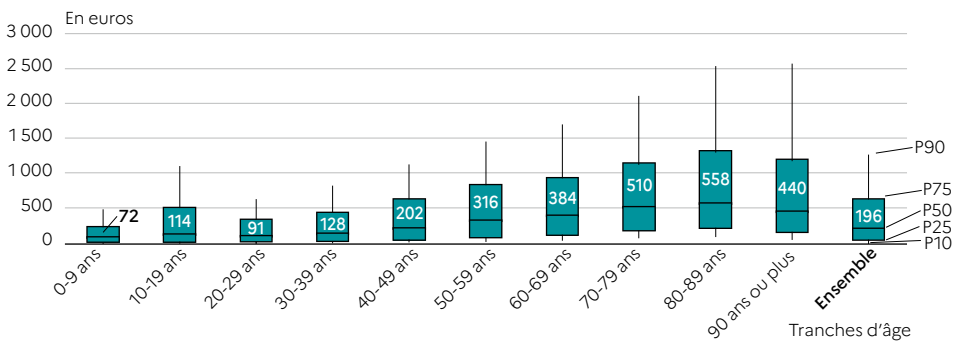
RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Lecture > En 2021, le RAC AMO moyen annuel des 10-19 ans est de 381 euros, et il est principalement composé de dépassements en dentaire (à hauteur de 49 %) et de reste à charge opposable pour des soins de ville (à hauteur de 24 %, y compris participations forfaitaires et franchises).

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

Graphique 4 Distribution des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, par tranche d'âge, en 2021



Note > Ce graphique présente le 10^e percentile (1^{er} décile), le 25^e (1^{er} quartile), le 50^e (médiane), le 75^e (3^e quartile) et le 90^e (9^e décile).

Lecture > 10 % des personnes de 80-89 ans ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2021 ont eu un reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) inférieur à 79 euros (P10, 1^{er} décile), 25 % des personnes ont eu un RAC AMO inférieur à 213 euros environ (P25, 1^{er} quartile), pour 50 % des personnes il était inférieur à 558 euros environ (P50, médiane), pour 75 % des personnes il était inférieur à 1 310 euros environ (P75, 3^e quartile) et pour 90 % des personnes inférieur à 2 552 euros environ (P90, dernier décile).

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

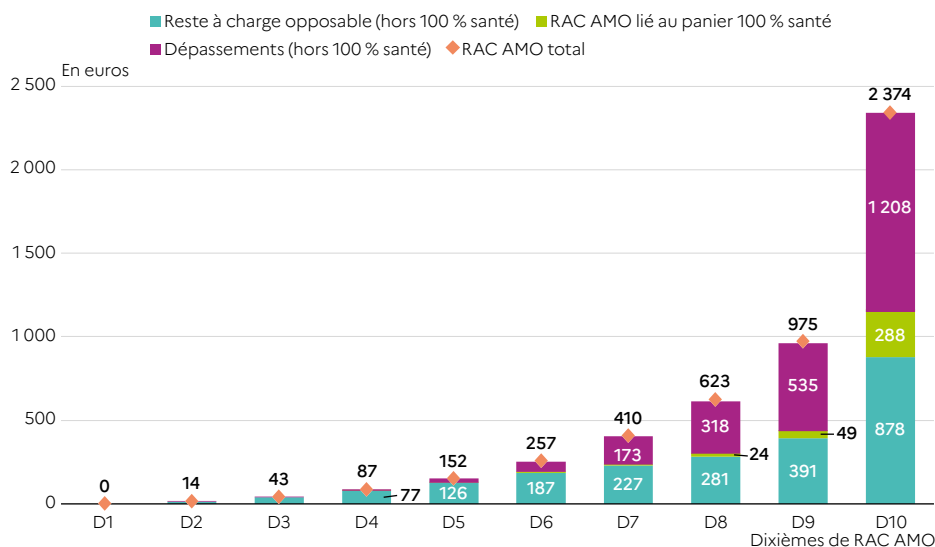
Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

auditifs du panier 100 % santé) et voient donc leur RAC AMO composé uniquement de reste à charge opposable et/ou de RAC AMO lié au panier 100 % santé (voir fiche 29) [graphique 6]. Pour ces patients, un contrat responsable de complémentaire santé prenant en charge le minimum réglementaire suffirait donc à couvrir l'intégralité⁶ de leur RAC AMO pour l'année considérée (voir fiche 01).

En revanche, l'autre moitié des patients fait face à des RAC AMO beaucoup plus importants. Les dépassements qui leur sont facturés sont plus élevés : pour les 10 % des patients dont le RAC AMO est le plus élevé, le RAC AMO moyen

est de 2 400 euros (graphique 5). C'est en moyenne huit fois plus que le RAC AMO moyen des autres patients. Leur RAC AMO moyen est composé pour moitié de dépassements hors panier 100 % santé, soit 1 200 euros. Les dépassements (hors panier 100 % santé) sont concentrés sur une partie des patients : 20 % des patients en paient annuellement plus de 400 euros. Pour ces patients, le risque à assurer va au-delà de la prise en charge minimale imposée aux contrats de complémentaire santé responsables et peut donc justifier le recours à un contrat de niveau de couverture supérieur (voir fiche 27). ■

Graphique 5 Distribution des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire par dixièmes, et décomposition, en 2021



RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note > Le RAC AMO du panier 100 % santé regroupe la partie opposable et les dépassements, car ils sont tous deux pris en charge intégralement par l'ensemble des contrats de complémentaire santé responsables (hors participations forfaitaires et franchises).

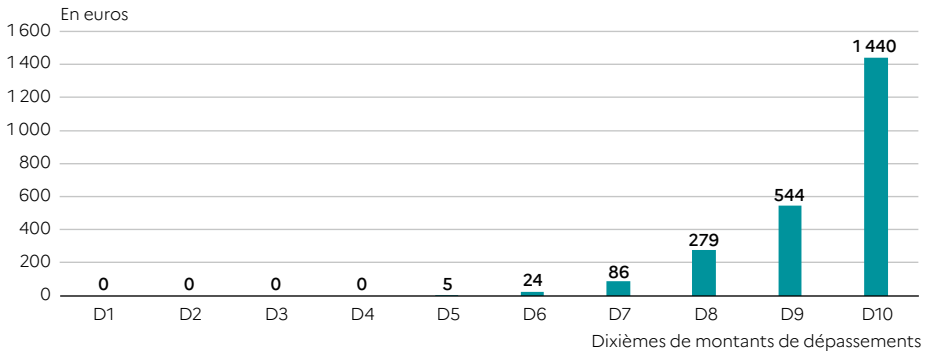
Lecture > Le dernier dixième (D10) de RAC AMO est en moyenne de 2 374 euros annuels, dont 1 208 euros de dépassements, 288 euros de RAC AMO lié au 100 % santé et 878 euros de reste à charge opposable.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

6. À l'exclusion des participations forfaitaires et des franchises (voir fiche 01), des dépenses liées aux médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré (voir fiche 25) et des cures thermales.

Graphique 6 Distribution des montants de dépassements (hors panier 100 % santé) par dixièmes, en 2021



Lecture > Les 10 % des personnes ayant payé le plus de dépassements (D10) dans l'année (hors équipements auditifs, optiques et dentaires du panier 100 % santé), parmi la population ayant eu au moins une dépense de santé dans l'année, ont réglé en moyenne 1 440 euros en 2021. En revanche, plus de 40 % de la population (D1 à D4) ne s'est acquittée d'aucun dépassement.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Sources > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge obligatoire après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- > **Adjerad, R., Courtejoie N.** (2021a, 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.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021b, 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.
- > **Bithorel, P.-L., Reduron, V.** (2023, mai). Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? DREES, *Études et Résultats*, 1265.
- > **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.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2024). Fiche 3.3 – Panorama des participations forfaitaires et des franchises médicales. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2023 et prévisions 2024*.