



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Annexe 4

Reste à charge et prise en charge des dépassements d'honoraires par les complémentaires santé

Octobre 2025

Ce document a été écrit avec le concours de Dominique Polton, conseillère scientifique du Hcaam, et s'appuie sur de nombreuses statistiques transmises par la DREES au Hcaam.

Table des matières

1. Dépassements d'honoraires médicaux, liberté tarifaire et restes à charge : de quoi parle-t-on ? ..	6
2. Les restes à charge au niveau macroéconomique	8
2.1 Un poids variable des restes à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) selon les postes de dépenses et la localisation géographique	8
2.2 Les complémentaires santé couvrent globalement 37% à 40% des dépassements d'honoraires des spécialistes médicaux	11
3. Les restes à charge au niveau des ménages	12
3.1. Près de la moitié des consommateurs n'ont été confrontés à aucun dépassement d'honoraires en 2021	12
3.2. Les restes à charge liés à la liberté tarifaire croissent avec le niveau de vie des assurés	13
3.3. Des restes à charge qui touchent plus spécifiquement certaines populations : les plus âgés et les personnes en ALD	17
4. Garanties des complémentaires santé : de meilleurs remboursements pour les dépassements des médecins adhérents à l'Optam	20
4.1. Les contrats responsables	20
4.2. Un accompagnement au déploiement de l'Optam/Optam-Co	21
4.3. Des contrats collectifs globalement plus couvrants	23
5. Un RAC moyen modéré, un taux d'effort important et un taux de renoncement des ménages difficile à mesurer	26
5.1. Le RAC des ménages fait partie des plus faibles en comparaison internationale	26
5.2. Un taux d'effort des ménages important	27
5.3. Le renoncement aux soins	28

Table des figures

FIGURE 1– REPARTITION DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIEN MEDICAUX EN 2023	8
FIGURE 2 – DECOMPOSITION DU RAC APRES AMO EN 2022.....	9
FIGURE 3 – DECOMPOSITION MOYENNE DES DEPENSES DE SANTE, EN 2021	10
FIGURE 4 – DECOMPOSITION DES DEPASSEMENTS DANS LES DIX DEPARTEMENTS AYANT LES DEPASSEMENTS LES PLUS ELEVES (ET EN FRANCE ENTIERE), EN 2018.....	11
FIGURE 5 – PRISE EN CHARGE DES RAC PAR LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES EN MILLIARDS D’EUROS...	11
FIGURE 6 – DISTRIBUTION DES MONTANTS DE DEPASSEMENTS (AU SENS LARGE DE LIBERTE TARIFAIRE) PAR DIXIEME, EN 2021	13
FIGURE 7 – DECOMPOSITION DU RESTE-A-CHARGE APRES REMBOURSEMENT PAR L’ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ENTRE RESTE-A-CHARGE OPPOSABLE ET DEPASSEMENTS, SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019	14
FIGURE 8 – DECOMPOSITION DES MONTANTS DE DEPASSEMENTS, AU SENS LARGE DE LIBERTE TARIFAIRE, PAR DECILE, EN 2021	15
FIGURE 9 – DECOMPOSITION PAR POSTE DE SOINS DU RESTE A CHARGE MOYEN APRES REMBOURSEMENT PAR L’ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019	16
FIGURE 10 – DEPASSEMENT D’HONORAIRES MOYENS AUPRES DES MEDECINS (GENERALISTES ET SPECIALISTES) SELON LE DIXIEME DE NIVEAU DE VIE, EN EUROS, EN 2019.....	17
FIGURE 11 – RESTE-A-CHARGE APRES REMBOURSEMENT PAR L’ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE, PAR TRANCHE D’AGE ET SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019	18
FIGURE 12 – DECOMPOSITION PAR POSTE DE SOINS DU RESTE A CHARGE MOYEN APRES REMBOURSEMENT PAR L’ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE SELON LA TRANCHE D’AGE, EN 2019.....	19
FIGURE 13 – COMPOSITION DU RAC AMO MOYEN LIE OU NON A UNE ALD PAR GROUPE D’ALD.....	20
FIGURE 14 – DECOMPOSITION DE LA PRISE EN CHARGE (A 200 % DANS LE CADRE DE L’OPTAM, A 180 % HORS OPTAM) D’UNE CONSULTATION A 65 EUROS D’UN MEDECIN SPECIALISTE DE SECTEUR 2	23
FIGURE 15 – REPARTITION DES BENEFICIAIRES PAR SCORE DE CONTRAT.....	24
FIGURE 16 – DECILES DES GARANTIES DES CONTRATS SOUSCRITS POUR UNE CONSULTATION DE SPECIALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS (DANS OU HORS OPTAM).....	24
FIGURE 17 – DEPENSES DE SANTE PAR TYPE DE FINANCEMENT, 2021 (OU ANNEE LA PLUS PROCHE)	26
FIGURE 18 – TAUX D’EFFORT DES MENAGES POUR L’ENSEMBLE DE LEURS DEPENSES DE SANTE SELON L’AGE DE LA PERSONNE LA PLUS AGEE DU MENAGE, EN 2019	28
FIGURE 19 – PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE DES BESOINS DE SOINS MEDICAUX NON SATISFAITS ONT ETE DECLARES, 2021	28
FIGURE 20 – MONTANTS DE REMBOURSEMENT PAR LES OC ET MONTANTS DES DIFFERENTS TYPES DE RAC ...	32

Table des tableaux

TABLEAU 1 – LES RESTE-A-CHARGE (RAC) EN SANTE.....	7
TABLEAU 2 – PART DES DEPASSEMENTS D’HONORAIRES MEDICAUX DANS LE RAC AMO, PAR TRANCHE D’AGE	18
TABLEAU 3 – DECILES DES GARANTIES DES CONTRATS SOUSCRITS POUR UNE CONSULTATION DE SPECIALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS, EN 2021.....	25
TABLEAU 4 – TAUX DE RENONCEMENT AUX SOINS SELON LA FORMULATION DANS LE BAROMETRE ET SRCV (EN %)	29
TABLEAU 5 – TAUX DE RENONCEMENT DES PLUS MODESTES PAR RAPPORT A L’ENSEMBLE DE LA POPULATION, SELON LES ECHANTILLONS	30
TABLEAU 6 – RESTE-A-CHARGE APRES AMO ET FINANCEMENT PAR LES COMPLEMENTAIRES SANTE PAR GRANDS POSTES.....	32
TABLEAU 7 – REPARTITION DES PRESTATIONS DES COMPLEMENTAIRES SANTE SELON LA DEPENSE CONCERNEE ET LE SCENARIO SUPPOSE	33

Table des encadrés

ENCADRE 1 – IMPACT DE LA REFORME DU 100 % SANTE SUR LE RECOURS A L’OPTIQUE ET AUX PROTHESES AUDITIVES ET DENTAIRES ENTRE 2019 ET 2021	14
ENCADRE 2 – DETAIL DES OBLIGATIONS DES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES	21
ENCADRE 3 – PRISE EN CHARGE DES DEPASSEMENTS PAR LES CONTRATS RESPONSABLES.....	21
ENCADRE 4 – LES QUESTIONS POSEES PAR LES MECANISMES DE FINANCEMENT DE L’ASSURANCE COMPLEMENTAIRE	25
ENCADRE 5 - LA DIFFICULTE DE MESURER LE RENONCEMENT AUX SOINS	29
ENCADRE 6 – LES RESTES-A-CHARGE DITS « INVISIBLES »	31

1. Dépassements d'honoraires médicaux, liberté tarifaire et restes à charge : de quoi parle-t-on ?

Certaines dépenses ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et sont susceptibles de rester à la charge des assurés (ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises, dépassements d'honoraires, liberté tarifaire, prestations hors panier de soins remboursé par l'Assurance maladie, etc.)¹. On parle alors de reste-à-charge (RAC) après assurance maladie obligatoire (RAC AMO).

Les « dépassements d'honoraires » peuvent être définis de manière plus ou moins large.

Comme dans le rapport du HCAAM, cette note se concentre sur les dépassements d'honoraires médicaux ; c'est-à-dire sur la part de liberté tarifaire accordée aux médecins libéraux conventionnés, le plus souvent en secteur 2 (ou en secteur 1 avec droit à dépassement permanent (DP)) en matière de facturation des consultations et actes techniques. Elle s'intéresse à l'ensemble des dépassements d'honoraires des médecins libéraux : qu'ils soient facturés en ville, en cliniques privées ou dans le cadre de l'activité libérale à l'hôpital public (Tableau 1).

Deux autres types de « dépassements d'honoraires » peuvent être facturés par les professionnels de santé (y compris paramédicaux). Ils ne sont pas analysés spécifiquement ici : il s'agit des « dépassements pour exigence particulière du malade, non liée à un motif médical (DE) » (par exemple en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile) et les « dépassements autorisés plafonnés pour non-respect du parcours de soins (DA) »².

La liberté tarifaire recouvre un champ plus large qui s'applique notamment aux dispositifs médicaux : prothèses dentaires, auditives et équipements optiques (postes de soins historiquement très peu pris en charge par la Sécurité sociale).

Les dépassements d'honoraires médicaux ne peuvent être facturés aux patients bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), excepté dans le cas d'exigences particulières du patient.

Il existe une grande variabilité de prise en charge des dépenses de santé par les contrats d'assurance complémentaire. Mais les niveaux de garantie sont encadrés par la réglementation des contrats dits « responsables », fiscalement incitative pour les organismes complémentaires.

¹ Il existe des exonérations pour les plus fragiles : exonération de ticket modérateur TM (en lien avec une Affection de longue durée (ALD), invalidité, maternité, C2S...) et exonération de participations forfaitaires et franchises (C2S).

² Cf. la partie juridique. Pour des raisons de disponibilité des données, ceux-ci sont cependant inclus dans le montant total des dépassements.

TABLEAU 1 – LES RESTE-A-CHARGE (RAC) EN SANTE

	RAC après AMO	Remboursement AMC (Contrats responsables)
Ticket modérateur	30 % sur les actes et consultations médicales (70% en cas de non-respect du parcours de soins) en ville, consultation externe ou au cours d'un séjour en clinique privée 85 %, 70 %, 35 % ou nul sur les médicaments délivrés en ville 45 % pour le transport 30 à 40 % sur les dispositifs médicaux de la liste des produits et prestations en ambulatoire	Oui (si respect du parcours de soins) Pas obligatoire pour les médicaments remboursés entre 15 et 30 % par l'AMO, ni pour les cures thermales.
Participations forfaitaires	2€ par consultation médicale Plafonnement à 8€/jour pour un même professionnel de santé, et à 50€ par an et par patient.	Non
Franchise médicale	1€ par boîte de médicament 1€ par acte paramédical 4€ par transport sanitaire Plafonnement à 50€ par an et par patient.	Non
Forfait actes lourds	24€ (pour les actes dont le tarif de convention est supérieur à 120€)	Oui
Forfait journalier hospitalier	20€ en clinique et à l'hôpital 15€ en service psychiatrique d'un établissement de santé Inclus dans le ticket modérateur lorsque le montant du TM excède celui du forfait journalier (hors participation forfaitaire). Dans ce cas, seul le forfait journalier du jour de sortie est facturé.	Oui, sans limitation de durée
Frais de séjour (Ticket modérateur TM)	Ticket modérateur de 20 % du tarif de référence ou du tarif journalier (exonération pour les séjours de plus de 30 jours) Inclus dans le FJ si le montant du FJ excède celui du TM. Dans ce cas, seul le TM de 18€ est facturé en sus. Forfaitaire en cas d'acte lourd	Oui
Forfait patient urgences (FPU)	19,61€ pour les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation	Oui
Dépassements d'honoraires	Pour les médecins installés en secteur 2 et 1 DP en ville et dans les établissements privés et publics (dans le cadre d'une activité libérale hospitalière)	Pas obligatoire. Variable selon les contrats. Meilleur remboursement si le médecin est adhérent à l'OPTAM. Plafonnement pour les médecins n'adhérant pas à l'OPTAM.
Liberté tarifaire	Pour certains dispositifs médicaux, prothèses dentaires, prothèses auditives, équipements d'optique médicale.	Obligatoire et totale pour les biens du panier 100 % santé. Hors 100% santé : plafonnement et plancher pour les lunettes et plafonnement pour les aides auditives.
Non remboursable	Actes hors nomenclature Médecine additionnelle, médicaments non remboursés, vaccins du voyageur, etc.) Médicaments non remboursables ou automédication	Pas obligatoire. Variable selon les contrats.
Non remboursé	Feuilles de soins non envoyées	Non

Note : ce tableau décrit les principaux postes de reste à charge sur les soins de santé pour les assurés de droit commun. Il existe cependant plusieurs motifs de minoration ou d'exonération du ticket modérateur, des franchises et participations forfaitaires, et des forfaits journaliers selon la situation des assurés et leur état de santé. Pour plus de détails, voir notamment Panorama de la complémentaire santé 2024, DREES, fiche 1.

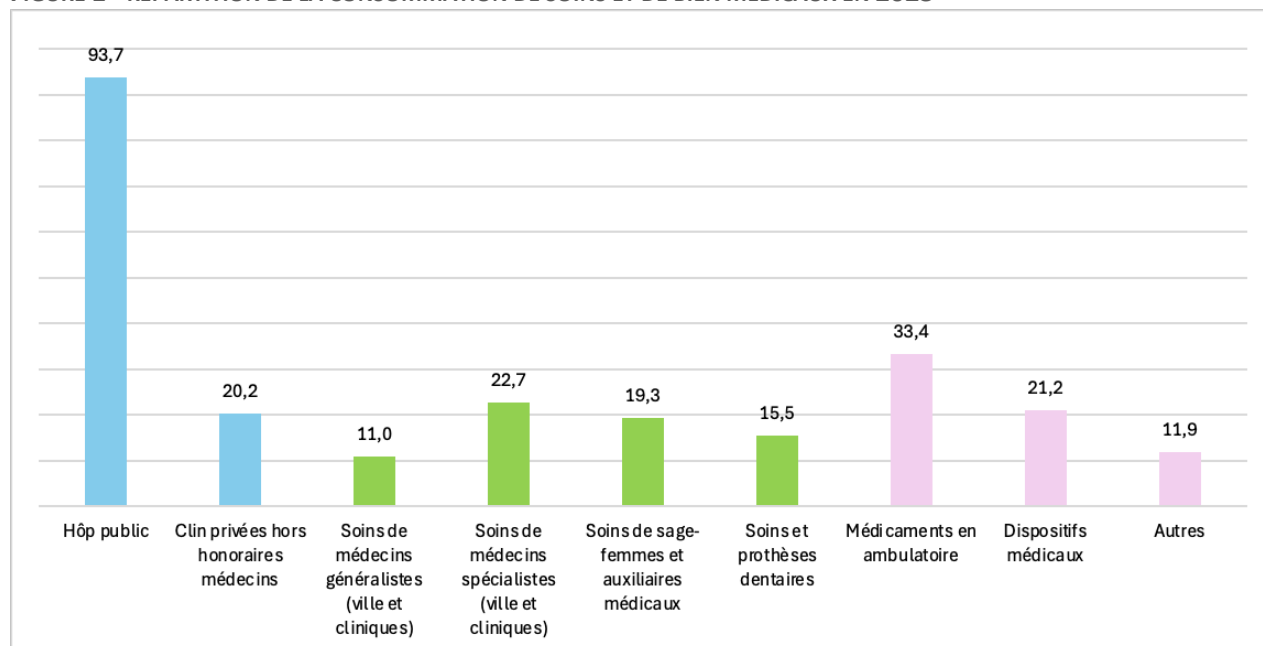
2. Les restes à charge au niveau macroéconomique

2.1 Un poids variable des restes à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO) selon les postes de dépenses et la localisation géographique

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

En 2023, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 249,0 milliards d'euros. Les soins de médecins spécialistes libéraux (réalisés en ville ou en cliniques) représentent 22,7 Mds € soit environ 9 % de la consommation de soins totale³ (Figure 1).

FIGURE 1— REPARTITION DE LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIEN MEDICAUX EN 2023



NB : Les rémunérations des professionnels de santé exerçant en cliniques sont comptées avec celles des professionnels de santé exerçant en ville.

Source : Drees, comptes de la santé, calculs Hcaam, données 2023.

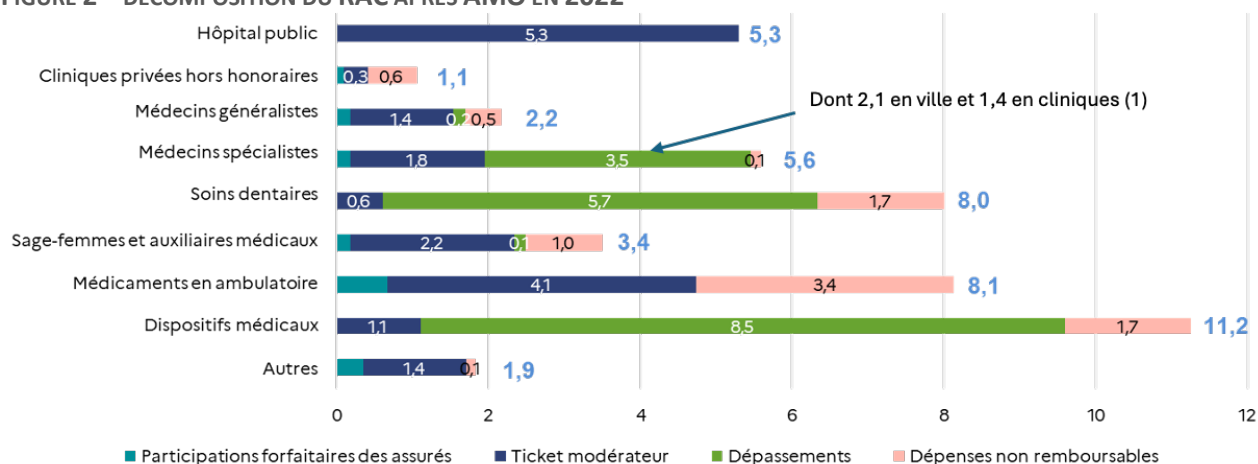
Le reste à charge après Assurance maladie obligatoire (RAC AMO)

80 % de la consommation de soins et de biens médicaux sont financés par l'Assurance maladie et 20 % par les complémentaires santé et les ménages, soit un reste à charge après assurance maladie obligatoire de 49,5 Mds € en 2023 pour l'ensemble de la CSBM.

Une analyse spécifique réalisée par la Drees sur les données 2022 permet de décomposer le reste-à-charge après AMO en isolant les dépassements relatifs aux soins de médecins, généralistes et spécialistes hors médecine générale. Ce sont les dispositifs médicaux, les médicaments et les soins et prothèses dentaires qui génèrent le plus de reste-à-charge (respectivement 11,2 Mds €, 8,1 Mds € et 8,0 Mds €) soit plus de la moitié du RAC total (27,3 Mds €). Le reste-à-charge généré par les soins de spécialistes (hors médecine générale) s'élève quant à lui à 5,6 Mds € (soit 26 % de la dépense) (Figure 2).

³ Drees, [Comptes Nationaux de la Santé 2023](#), édition 2024

FIGURE 2 – DECOMPOSITION DU RAC APRES AMO EN 2022



(1) Le montant des dépassements à l'hôpital public est de 75 millions d'euros en 2022 (source CNAM).

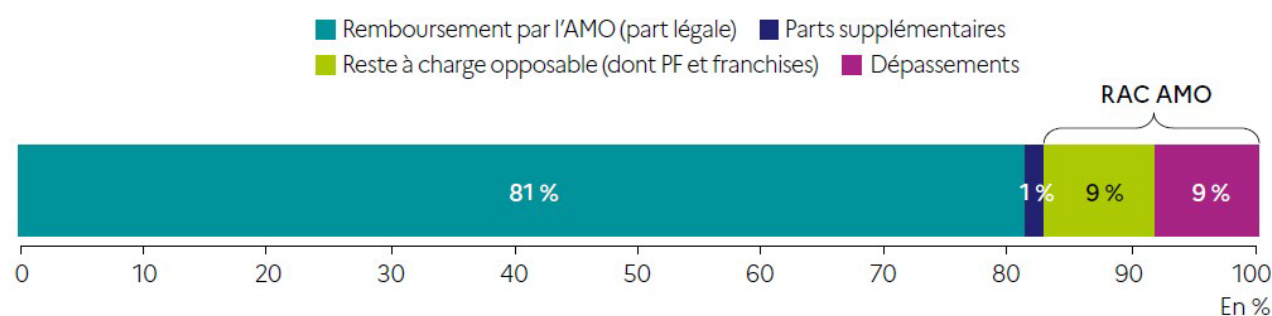
Lecture : En 2022, le reste à charge après Assurance maladie obligatoire pour les soins de médecins spécialistes (hors MG) s'élève à 5,6 milliards d'euros de dépassements d'honoraires facturés par les médecins spécialistes, dont 2,1 milliards en ville. Source : Drees, comptes de la santé.

La liberté tarifaire pèse autant que le ticket modérateur et les franchises dans le RAC après AMO des ménages

Le reste-à-charge après remboursement de l'AMO⁴ se compose à parts égales de reste-à-charge opposable (ticket modérateur, participations forfaitaires et franchises) et de « dépassements » au sens large ou liberté tarifaire (incluant les dépassements d'honoraires médicaux et la liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux ou les prothèses dentaires) (Figure 3).

⁴ Cette définition du RAC AMO n'inclut pas les dépenses non remboursables, contrairement à celle retenue pour l'approche macro (des comptes de la santé notamment).

FIGURE 3 – DECOMPOSITION MOYENNE DES DEPENSES DE SANTE, EN 2021



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

Parts supplémentaires : prises en charge supplémentaires de l'AMO au-delà de la part légale.

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.

Source > SNDS, données 2021, calculs Drees (base RAC). Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 2.

Champ > Population ayant consommé au moins une fois des soins en France dans l'année, France entière. Soins remboursables et présentés au remboursement dans l'année, individualisables. En ville et à l'hôpital (PSY, SMR, MCO, HAD) ; hors médico-social.

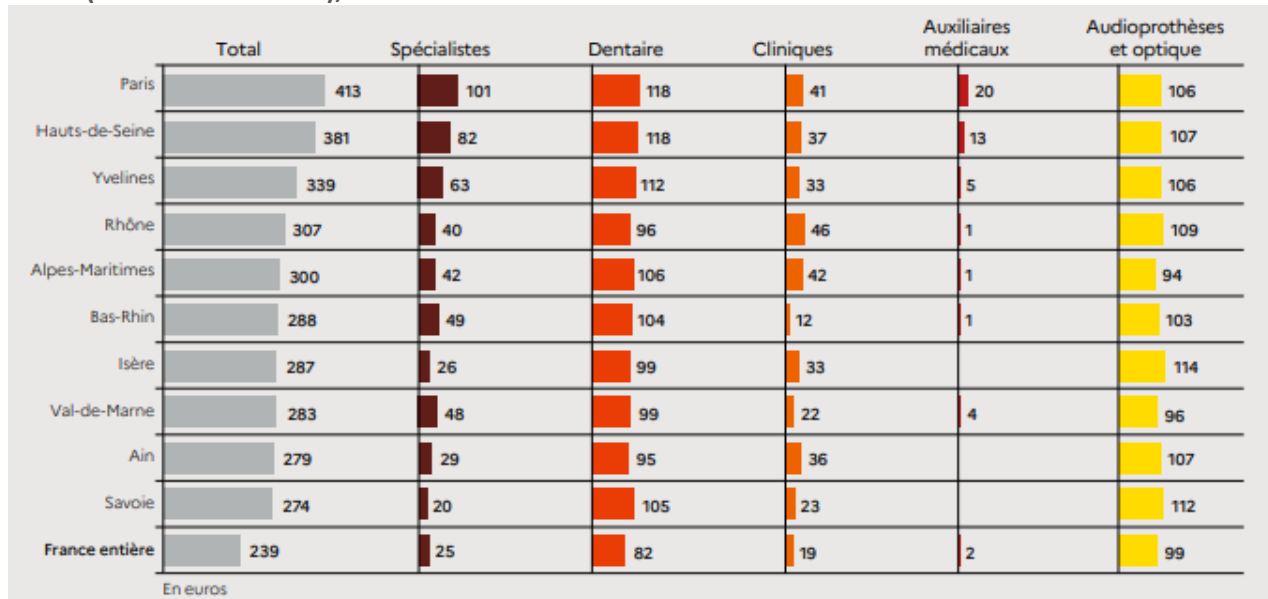
Toutefois, selon les postes de dépense, la nature du reste à charge relève de dynamiques très différentes :

- Pour les médicaments, c'est le ticket modérateur et les médicaments non remboursés qui en sont à l'origine.
- Pour les soins et prothèses dentaires et les dispositifs médicaux, ce sont les « dépassements » qui représentent respectivement 70 et 75% du RAC total. Mais dans ce cas, il s'agit de dépassements au sens de liberté tarifaire historique pour des actes très peu pris en charge par la sécurité sociale.
- Pour les soins de médecins spécialistes, le reste à charge est principalement constitué de dépassements d'honoraires (66%).

Des dépassements particulièrement élevés dans certains départements

Les restes-à-charge sur les audioprothèses et l'optique sont de niveau comparable entre départements français, et à des niveaux de valeur beaucoup plus élevés que les dépassements d'honoraires avant réforme du « 100 % santé ». En revanche les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes semblent beaucoup plus variables selon les départements. C'est à Paris et dans l'ouest parisien que les dépassements des spécialistes sont en moyenne les plus élevés par patient par an – Figure 4.

FIGURE 4 – DECOMPOSITION DES DEPASSEMENTS DANS LES DIX DEPARTEMENTS AYANT LES DEPASSEMENTS LES PLUS ELEVES (ET EN FRANCE ENTIERE), EN 2018



Lecture : en moyenne en France, les dépassements d'honoraires sont de 239 euros par patient par an, dont 25 euros de dépassements chez des médecins spécialistes.

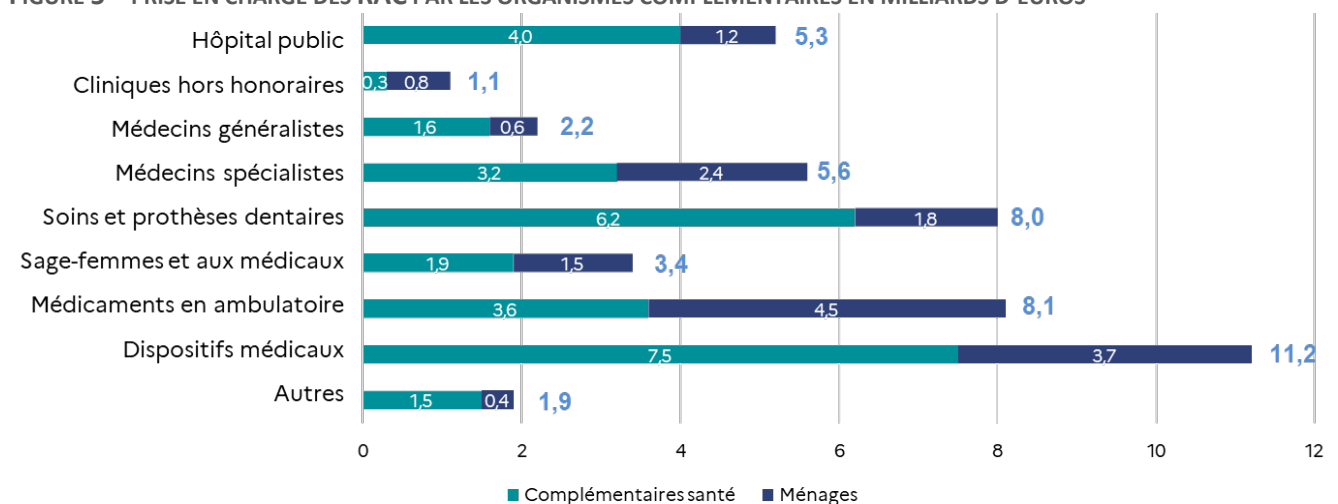
Champ : population des consommateurs au sein du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.

Source : SNDS, données 2018, calculs Drees (base RAC). Voir Bithorel, Reduron (2023, mai), « Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? », Drees, *Études et Résultats*, 1265.

2.2 Les complémentaires santé couvrent globalement 37 % à 40 % des dépassements d'honoraires des spécialistes médicaux

En 2022, sur les 46,7 Mds € de reste-à-charge après AMO, 29,8 Mds € sont pris en charge par les organismes complémentaire (OC) soit 63 % de la dépense, tandis que 16,9 Mds € sont financés directement par les ménages (soit 37 %) (Figure 5).

FIGURE 5 – PRISE EN CHARGE DES RAC PAR LES ORGANISMES COMPLEMENTAIRES EN MILLIARDS D'EUROS



Source : Drees, comptes de la santé, calculs Drees, données 2022.

NB : les rémunérations des professionnels de santé exerçant en cliniques sont comptées avec celles des professionnels de santé exerçant en ville.

NB2 : par convention, les dépenses de chambre individuelle à l'hôpital public sont exclues du champ des dépenses de santé.

En 2022, les OC ont pris en charge 3,2 milliards des dépenses de spécialistes.

Nous savons par ailleurs que les dépassements d'honoraires représentaient 3,5 milliards d'euros chez les spécialistes en ville et en cliniques (et 0,2 milliard chez les généralistes).

A partir des comptes de la santé, qui incluent les données comptables des organismes complémentaires⁵, la Drees a pu mettre en évidence que les OC remboursent plus que le ticket modérateur pour presque tous les postes de la consommation de soins et de biens médicaux. Dans ce qui suit, la Drees fait l'hypothèse, pour estimer la ventilation des remboursements des complémentaires, que celles-ci remboursent selon les règles des contrats responsables (en remboursant prioritairement le ticket modérateur et pas du tout les franchises).

La méthodologie utilisée par la Drees pour estimer la part des dépassements pris en charge par les complémentaires est décrite en annexe de ce document.

En 2022, les complémentaires santé ont financé entre 1,3 et 1,6 Md€ de dépassements d'honoraires de l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes), représentant un taux de couverture des dépassements d'honoraires variant entre 35 % et 43 %.

Plus précisément les complémentaires auraient remboursé **1,3 à 1,4 Md€ (37-40 %) des dépassements d'honoraires des spécialistes**. Ces résultats sont particulièrement robustes du fait que les dépenses non remboursables de spécialistes sont réduites (0,1 Md€).

Soixante à 63 % des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes resteraient donc à la charge des ménages.

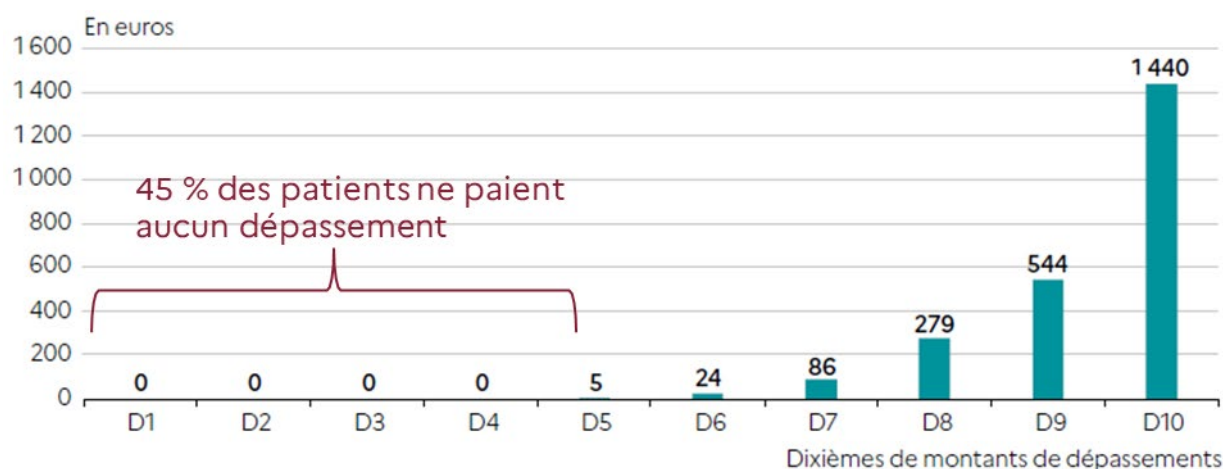
3. Les restes-à-charge au niveau des ménages

3.1. Près de la moitié des consommateurs n'ont eu aucun dépassement d'honoraires en 2021

Un peu moins de la moitié des consommateurs ont reçu des soins facturés exclusivement à tarif opposable (sans dépassements d'honoraires médicaux ni reste-à-charge au titre de la liberté tarifaire sur l'optique, le dentaire et les audioprothèses, hors panier 100 % santé) (Figure 6).

⁵ Données transmises annuellement à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution <https://acpr.banque-france.fr/liste-chronologique/chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l'assurance>

FIGURE 6 – DISTRIBUTION DES MONTANTS DE DEPASSEMENTS (AU SENS LARGE DE LIBERTE TARIFAIRE) PAR DIXIEME, EN 2021



Note : hors panier de soins 100 % santé.

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.

Source : SNDS 2021, calculs Drees (base RAC). Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 2.

A l'inverse, 55 % des assurés concentrent la totalité des dépassements (au sens large de liberté tarifaire). Un cinquième des assurés ont dépensé plus de 400 € par an à ce titre ; 10 % des assurés ont dépensé 1440 € en moyenne en 2021.

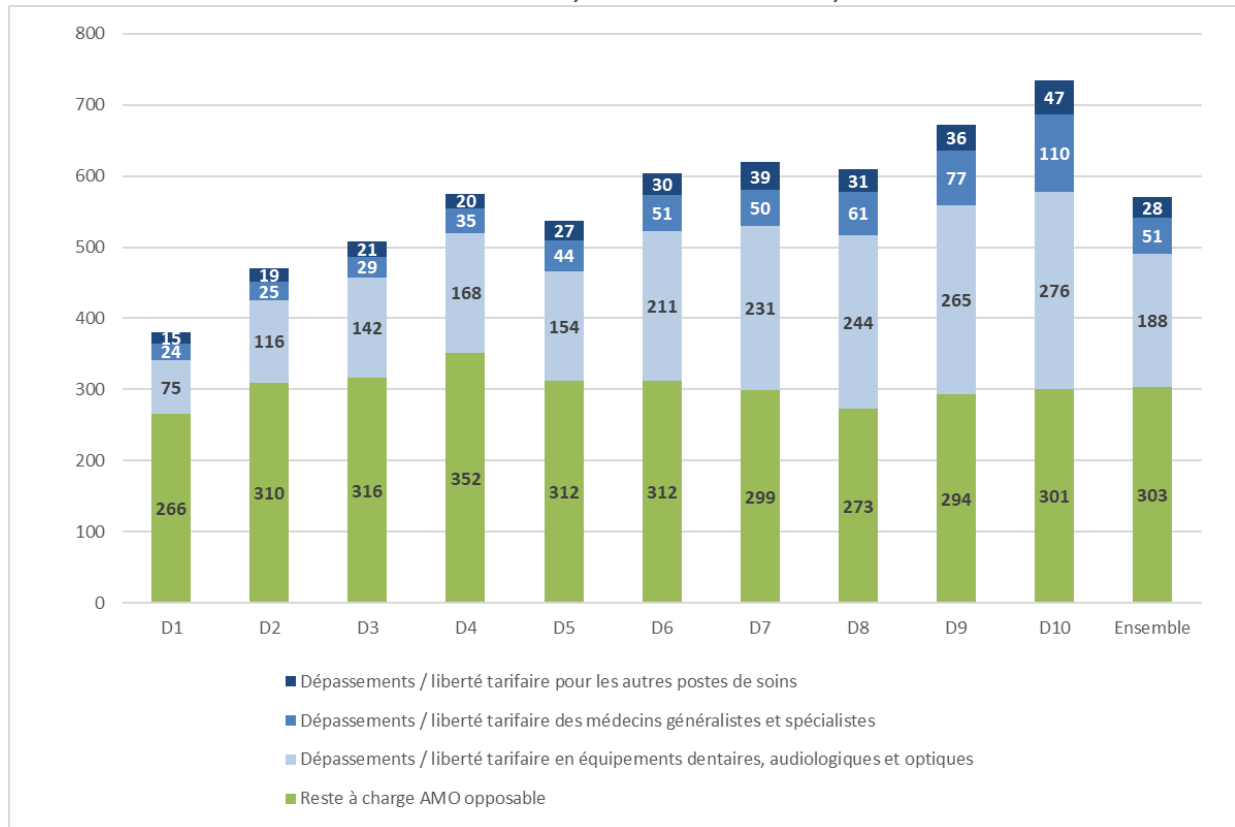
3.2. Les restes à charge liés à la liberté tarifaire croissent avec le niveau de vie des assurés

Le modèle de microsimulation de la Drees « Ines-Omar » montrait en 2019 (soit avant la réforme du 100 % santé) que le montant du RAC opposable était relativement stable entre le premier et le dernier dixième de niveau de vie en 2019.

La différence de restes à charge se faisait principalement sur les équipements dentaires, optiques et audiologiques, les dépassements d'honoraires médicaux et les autres dépassements, soit les restes-à-charge liés à la liberté tarifaire, qui étaient quatre fois plus élevés dans le 10^{ème} décile de niveau de vie que dans le 1^{er} décile en 2019 (soit avant la réforme du 100 % santé – voir Encadre 1).

En 2019 (soit avant la réforme du 100% santé), le RAC AMO des 6 premiers dixièmes de niveau de vie est composé à plus de 50 % de RAC opposable. En revanche les 40 % restant ont davantage de RAC liés à la liberté tarifaire qu'au titre du ticket modérateur – (Figure 7).

FIGURE 7 – DECOMPOSITION DU RESTE-A-CHARGE APRES REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ENTRE RESTE-A-CHARGE OPPOSABLE ET DEPASSEMENTS, SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019



Note : montant annuel moyen par individu, en euros ; 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. Les dépassements « autres postes de soins » incluent notamment l'orthodontie, l'implantologie et le matériel médical.

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 (mise à jour en décembre 2024, ce qui explique de légères différences avec les données publiées dans le Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 14).

ENCADRE 1 – IMPACT DE LA REFORME DU 100 % SANTE SUR LE RECOURS A L'OPTIQUE ET AUX PROTHESES AUDITIVES ET DENTAIRES ENTRE 2019 ET 2021

Le 100 % Santé propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires).

Les paniers de l'offre 100% Santé ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix d'équipements de qualité et répondre aux besoins de chacun.

Depuis le 1er janvier 2021, tous les équipements qui composent le panier 100 % Santé sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale et les complémentaires (contrats responsables et complémentaire santé solidaire – C2S). Les contrats responsables couvrent 98% des bénéficiaires d'une complémentaire santé privée (individuelle ou collective).

Sur la période 2019-2021, le nombre de personnes ayant acheté des prothèses auditives a fortement augmenté (+ 75 %), 40 % des recourants ayant choisi un bien du panier 100 % santé en 2021. Le recours à une prothèse dentaire a quant à lui augmenté de 17 %, 57 % des recourants ayant choisi un bien du 100 % santé. Les restes-à-charge directement supportés par les personnes devraient diminuer en dentaire et en prothèses auditives pour les plus de 60 ans principalement.

À l'inverse, la dépense financée par les organismes complémentaires sur ces postes a fortement augmenté. Le 100 % santé reste peu utilisé en optique (par 18% des recourants).

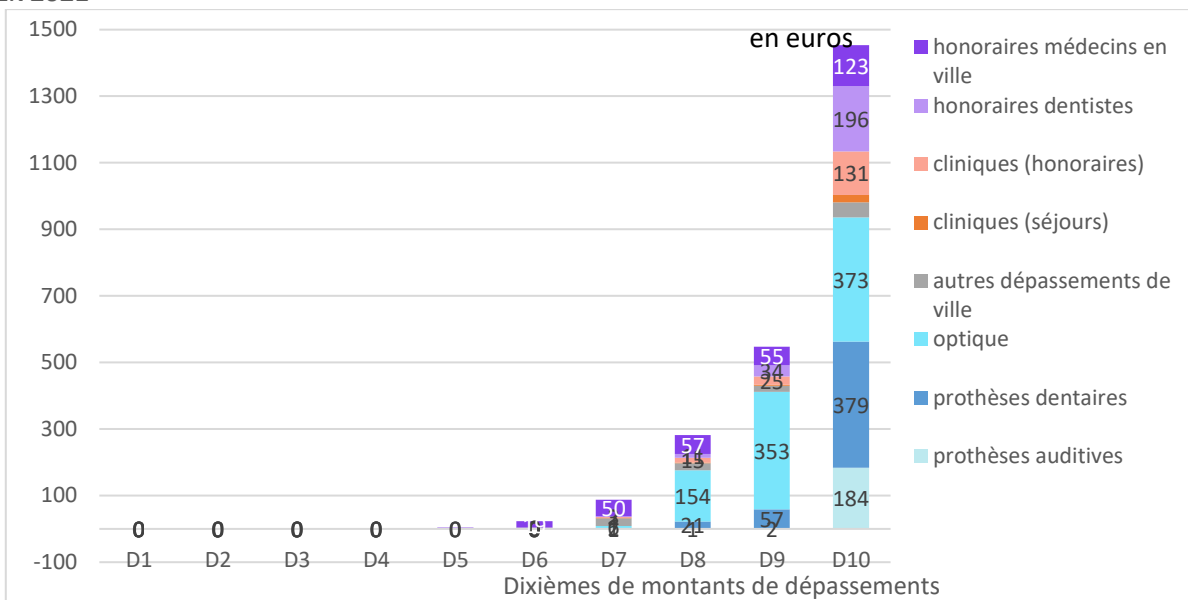
Source : Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 29.

Les différents postes de « dépassements » au sens large semblent augmenter ensemble : les RAC AMO liés aux dépassements d'honoraires médicaux élevés paraissent associés à des RAC AMO élevés sur le dentaire, l'optique et les audioprothèses (Figure 8). Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : il pourrait s'agir de patients plus malades ou plus âgés dont les dépenses de santé sont globalement plus élevées, mais également de patients dont la capacité à payer est plus importante par exemple.

En 2021, 45 % des assurés n'ont plus de RAC au titre de la liberté tarifaire. Lorsque ces RAC existent, ils restent, comme en 2019, principalement composés de dépenses relatives aux équipements dentaires, optiques et audiologiques.

Ainsi, sur les 1 450 € en moyenne de « dépassements » pour les 10 % de la population qui paient les montants les plus élevés de dépassements, 936 € proviennent des prothèses dentaires, prothèses auditives et de l'optique du panier libre. Les dépassements d'honoraires médicaux représentent un peu plus de 250 € par an (17 % du RAC AMO) : 123 € en ville et 131 € en cliniques privées.

FIGURE 8 – DECOMPOSITION DES MONTANTS DE DEPASSEMENTS, AU SENS LARGE DE LIBERTE TARIFAIRE, PAR DECILE, EN 2021

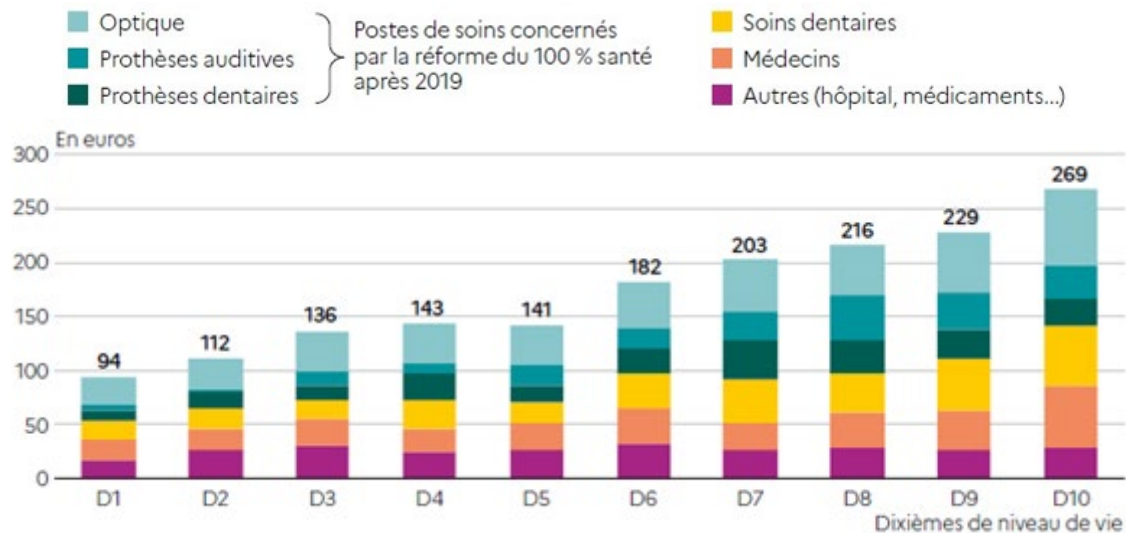


Lecture : les 10 % des personnes ayant payé le plus de dépassements (D10), au sens large de liberté tarifaire, dans l'année 2021 (hors équipements auditifs, optiques et dentaires du panier 100 % santé) ont réglé en moyenne 1 450 euros, dont 123 euros de dépassements d'honoraires pour des médecins de ville et 131 euros de dépassements d'honoraires en cliniques privées.

Source : SNDS 2021, calculs Drees (base RAC) pour le Hcaam.

Si les ménages les plus aisés (classés dans les déciles de niveau de vie élevés) ont des restes-à-charge plus importants (en euros), ils bénéficient également de remboursements plus importants (en euros) de la part de leur complémentaire (Figure 9).

FIGURE 9 – DECOMPOSITION PAR POSTE DE SOINS DU RESTE A CHARGE MOYEN APRES REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019

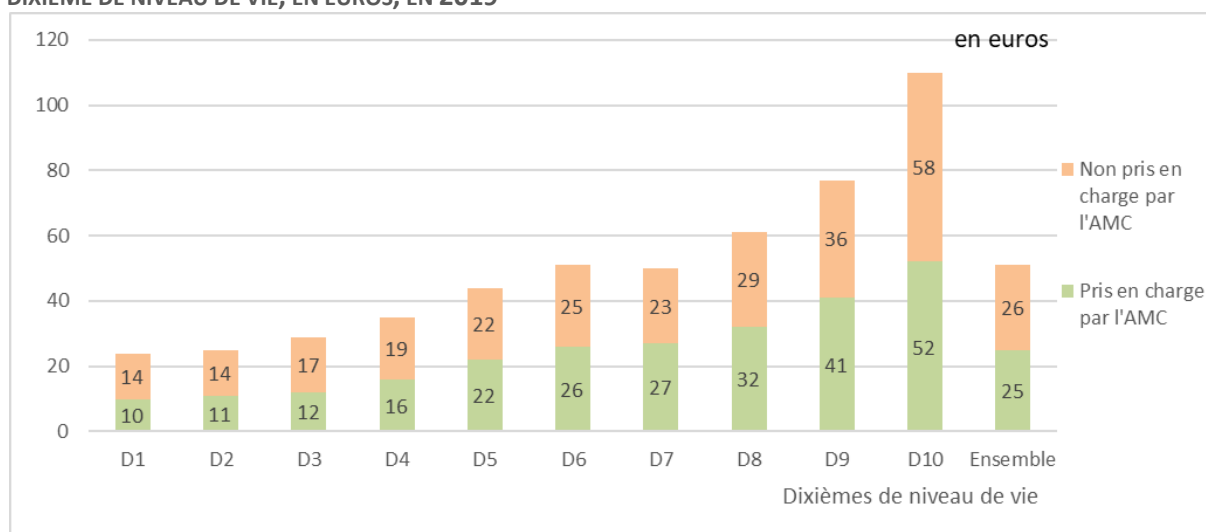


Lecture : une personne du 1^{er} dixième de niveau de vie (D1) supporte un reste-à-charge annuel après remboursement par l'AMC de 94 euros en moyenne, dont 25 euros en optique.

Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (soit avant la mise en place du 100 % santé optique, dentaire et audiologie). Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 14.

En 2019, dans l'ensemble des RAC finaux (RAC AMC), les consultations de médecins représentaient 21 % du RAC après AMC, pour le 1^{er} comme pour le 10^{ème} décile, soit respectivement environ 15 € et 60 € par an en moyenne – (Figure 10).

FIGURE 10 – DÉPASSEMENT D’HONORAIRES MOYENS AUPRES DES MEDECINS (GENERALISTES ET SPECIALISTES) SELON LE DIXIEME DE NIVEAU DE VIE, EN EUROS, EN 2019



Note : montant annuel moyen par individu en euros ; D1 : individus appartenant au premier dixième de niveau de vie.

Lecture : les dépassements d’honoraires moyens auprès des médecins (généralistes et spécialistes) s’élèvent à 51 euros en 2019 en moyenne par individu : 26 euros sont pris en charge par une assurance complémentaire et 25 euros restent à la charge directe des individus.

Champ : personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l’AMO, calées sur les montants de France entière.

Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. Calculs Drees, pour le Hcaam.

3.3. Des restes-à-charge qui touchent plus spécifiquement certaines populations : les plus âgés et les personnes en ALD

Des RAC AMO croissants avec l’âge

Le reste-à-charge après AMO est croissant jusque 89 ans, à l’exception des 10-19 ans, pour lesquels le reste-à-charge dentaire est élevé.

Les dépassements d’honoraires médicaux ne représentent qu’une petite partie du RAC AMO : 10 % en moyenne, avec un pic à 14 % pour les 30-39 ans et 12 % pour les 20-29 ans.

Bien que la part des dépassements d’honoraires dans le RAC AMO des plus âgés apparaisse plus faible que chez les plus jeunes, le montant moyen annuel de dépassements le plus élevé, toutes populations confondues parmi les consommateurs, est observé chez les 70-79 ans, avec 87 € annuels. A titre de comparaison, il est de 46 € chez les 30-39 ans, de 30 € chez les 20-29 et de 18 € chez les 0-9 ans (Tableau 2).

TABLEAU 2 – PART DES DÉPASSEMENTS D’HONORAIRES MÉDICAUX DANS LE RAC AMO, PAR TRANCHE D’ÂGE

	RAC AMO		Dont dépassements d’honoraires médicaux (€)	Dont dépassements d’honoraires médicaux (%)
0-9 ans		183	18 €	10%
10-19 ans		381	15 €	4%
20-29 ans		251	30 €	12%
30-39 ans		332	46 €	14%
40-49 ans		457	50 €	11%
50-59 ans		606	61 €	10%
60-69 ans		703	63 €	9%
70-79 ans		874	87 €	10%
80-89 ans		1 011	71 €	7%
90 ans ou +		972	39 €	4%
Ensemble		493	49 €	10%

Note : les dépassements d’honoraires incluent ceux des médecins de ville, ainsi que ceux en clinique privée.

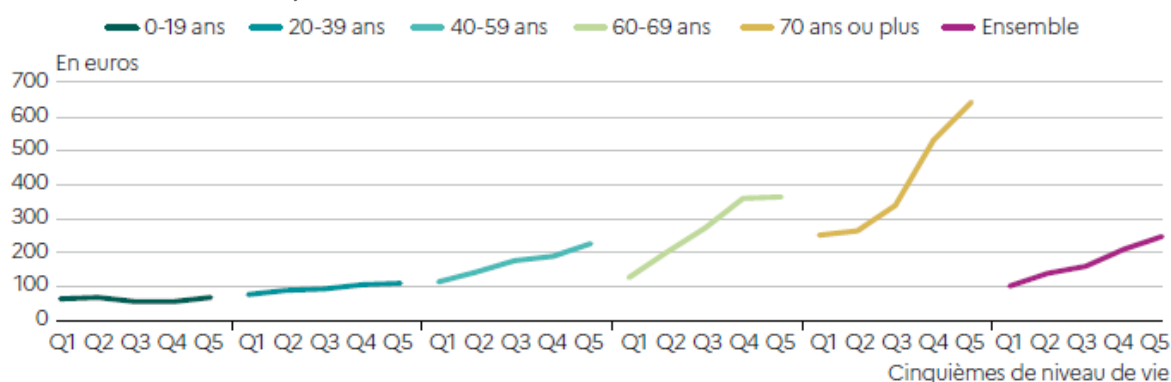
Champ : population ayant consommé au moins une fois des soins en France dans l’année, France entière. Soins remboursables et présentés au remboursement dans l’année, individualisables. En ville et à l’hôpital (PSY, SMR, MCO, HAD) ; hors médico-social.

Source : SNDS 2021, calculs Drees (base RAC) pour le Hcaam.

Parmi les ménages bénéficiant d’une assurance maladie complémentaire, le-reste-à charge se concentre chez les plus âgés.

En 2019 (soit avant la réforme du 100 % santé), deux groupes d’âge et de revenu avaient des RAC AMC importants, c’est-à-dire conventionnellement supérieurs à 250 euros en moyenne – (Figure 11).

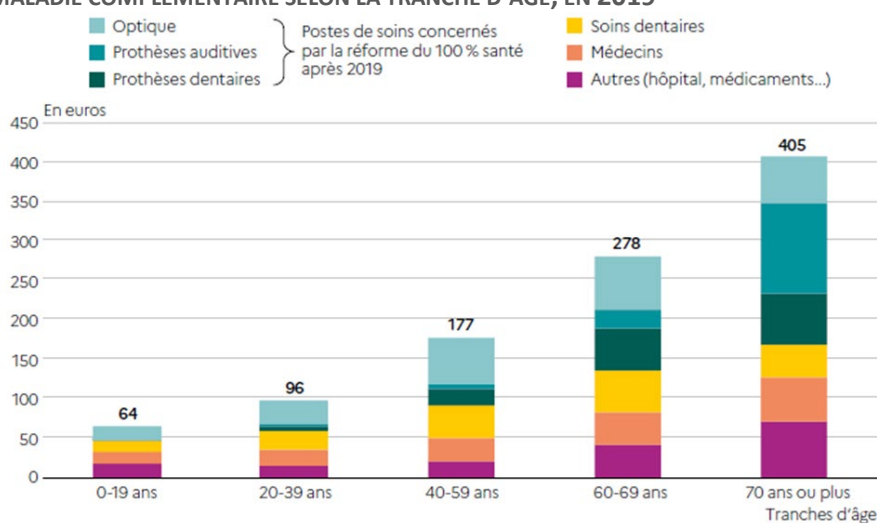
FIGURE 11 – RESTE-A-CHARGE APRES REMBOURSEMENT PAR L’ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE, PAR TRANCHE D’ÂGE ET SELON LE NIVEAU DE VIE, EN 2019



Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 14.

Premièrement, les personnes âgées de 60 à 69 ans et faisant partie des 60 % de personnes les plus aisées (du troisième au dernier cinquième de niveau de vie Q3 à Q5 inclus) devaient s’acquitter d’un RAC AMC de 330 euros par an en moyenne. Deuxièmement, les personnes de 70 ans ou plus devaient s’acquitter d’un RAC AMC moyen de 405 euros par an (Figure 12).

FIGURE 12 – DECOMPOSITION PAR POSTE DE SOINS DU RESTE A CHARGE MOYEN APRES REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE SELON LA TRANCHE D'AGE, EN 2019



Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 14.

C'est essentiellement sous le poids des dépenses en audiologie, optique et dentaire que le RAC AMC augmente après 60 ans. Le 100 % santé en 2021, qui porte précisément sur ces trois postes de dépense, est de nature à réduire l'ensemble de ces RAC.

Les personnes en ALD font face à des RAC AMO importants – dont les dépassements d'honoraires médicaux représentent une part modérée.

Les RAC AMO des personnes en ALD sont significativement plus élevés que ceux de la population générale (c'est-à-dire hors C2S et hors ALD) : 777 € en moyenne contre 475 € en 2021, en lien avec une dépense moyenne de santé bien supérieure : 9 305 € contre 1 383 € en 2021⁶.

Une étude de la Drees publiée en 2021⁷ a montré que le RAC AMO des personnes en ALD⁸ résulte principalement de RAC sans lien avec l'ALD. Elle montre aussi qu'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.

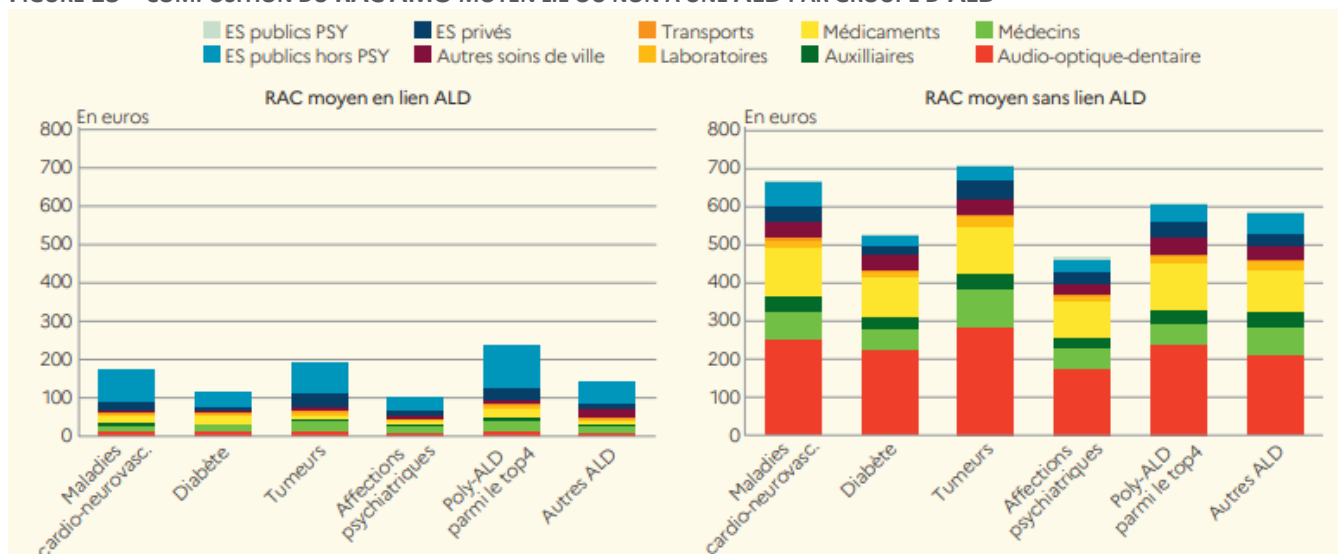
Par ailleurs, les RAC liés à des dépassements d'honoraires médicaux apparaissent plutôt « modérés » en proportion du RAC total : 10 % environ des RAC en lien avec l'ALD et 15 % des RAC sans lien avec l'ALD – (Figure 13).

⁶ Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 2.

⁷ Adjerad, R., Courtejoie, N., 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, *Etudes et résultats* n°1180, janvier 2021.

⁸ L'étude porte sur quatre groupes de pathologies qui ouvrent le plus fréquemment droit au dispositif ALD : (1) les maladies cardio-neurovasculaires (ALD 1, 3, 5, 12 et 13) qui concernent environ 35 % des assurés au régime général en ALD en 2017 ; (2) le diabète (ALD 8) qui représente 25 % des ALD ; (3) les tumeurs malignes (ALD 30) soit 20 % des ALD ; (4) les affections psychiatriques de longues durées (ALD 23) soit 13 % des ALD.

FIGURE 13 – COMPOSITION DU RAC AMO MOYEN LIÉ OU NON A UNE ALD PAR GROUPE D'ALD⁹



ES : établissement de santé.

Champ : population des consommateurs de soins, bénéficiaires du dispositif ALD, affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement, en ville et à l'hôpital ; hors médico-social ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public. Pour les regroupements des ALD décrits en note de bas de page.

Source : Drees, données 2017 DCIRS (Cnam) et PMSI (ATIH).

4. Garanties des complémentaires santé : de meilleurs remboursements pour les dépassements des médecins adhérents à l'Optam

4.1. Les contrats responsables

En 2021, 98 % des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé privé étaient couverts par un contrat responsable¹⁰.

Un contrat responsable (Encadré 2) :

- doit prendre en charge l'ensemble des tickets modérateurs¹¹ relatifs aux soins de ville et aux hospitalisations, ainsi que les forfaits journaliers hospitaliers sans limitation de durée ;
- doit exclure les participations forfaitaires et les franchises médicales des soins de ville ; elles restent donc à la charge des patients ;
- n'a pas d'obligation de prendre en charge :
 - o des dépassements d'honoraires.
 - o des prestations non remboursables par l'Assurance maladie.

⁹ Adjerad, R., Courtejoie, N., 2021, op cit.

¹⁰ D'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) de la Drees. Cela représente par ailleurs 96 % des cotisations collectées d'après l'Urssaf Caisse nationale.

¹¹ Le ticket modérateur (TM) correspond au montant (en plus de la participation forfaitaire ou de la franchise) non remboursé par l'assurance maladie obligatoire (AMO), sur la base du tarif de convention. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Son pourcentage varie selon l'acte ou le traitement et le respect, ou non, du parcours de soins coordonnés. Il doit être intégralement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsable, que ce soit pour les soins de ville, les hospitalisations, ou les forfaits journaliers hospitaliers sans limitation de durée (à l'exception des frais de cure thermique ou des médicaments à service médical rendu faible ou modéré (remboursés à 15 et 30 % par l'AMO), pour lesquels la prise en charge n'est pas obligatoire.

ENCADRE 2 – DETAIL DES OBLIGATIONS DES CONTRATS RESPONSABLES ET SOLIDAIRES

Les contrats responsables doivent prendre en charge :

- Les forfaits journaliers hospitaliers (FJH) sans limitation de durée ;
- La participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds ;
- L'intégralité des tickets modérateurs (TM) (hormis ceux des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré et des frais de soins thermaux). Les contrats proposant une prise en charge supérieure au TM en optique doivent, de surcroît, respecter des planchers de prise en charge afin d'assurer un accès effectif à ces dispositifs médicaux.

Ils ne peuvent couvrir ni la majoration du TM en cas de consultation en dehors du parcours de soins, ni les participations forfaitaires et les franchises et ce, afin de responsabiliser les assurés.

Ils doivent :

- Respecter des plafonds de prise en charge, afin de lutter contre certaines pratiques inflationnistes. Ces contrats ne peuvent ainsi couvrir les frais d'équipement d'optique et d'audition au-delà de certains tarifs et en deçà d'une périodicité minimale de renouvellement. Pour les équipements d'optique médicale, sous réserve d'évolution de la vue, la prise en charge doit être limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de deux ans pour les assurés de plus de 16 ans et d'un an pour les autres¹². **De même, la prise en charge par l'organisme complémentaire des dépassements d'honoraires des médecins est limitée** (Encadré 3) ;
- Permettre aux assurés de bénéficier du tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité¹³, sur les prestations faisant l'objet des garanties contractuelles.

Depuis la réforme du 100 % santé, les contrats responsables doivent également respecter les obligations du cahier des charges visant à proposer un panier de soins minimal, sans reste-à-charge pour l'assuré, pour certains soins et équipements optiques, dentaires et auditifs.

Source : DREES, Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », annexe 1.

4.2. Un accompagnement au déploiement de l'Optam/Optam-Co

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif Optam/Optam-ACO est limitée et nécessairement inférieure à celle des médecins adhérents.

ENCADRE 3 – PRISE EN CHARGE DES DEPASSEMENTS PAR LES CONTRATS RESPONSABLES

Les dispositions relatives au remboursement des dépassements d'honoraires prévues par les contrats responsables et solidaires

1. Absence d'obligation de prise en charge des dépassements d'honoraires (y compris pour les adhérents à l'Optam/Optam-Aco) ;

¹² Pour les enfants de 6 ans et moins, cette durée peut être réduite à six mois si la monture est mal adaptée à la morphologie du visage.

¹³ Le tarif de responsabilité (également appelé « tarif de convention », « tarif de la Sécurité sociale », et « base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) ») correspond au tarif de référence à partir duquel est calculé le montant remboursé par la Sécurité sociale pour chaque prestation de santé, selon les taux de remboursement en vigueur. La BRSS sert aussi de référence aux complémentaires santé pour fixer leurs niveaux de remboursement.

2. En cas de prise en charge des dépassements d'honoraires, les contrats responsables sont soumis à des obligations réglementaires depuis 2014¹⁴.

Si le contrat ne prend en charge que les dépassements d'honoraires des médecins **adhérents** à l'Optam/Optam-Aco

- Le montant est librement déterminé par le contrat.

Si le contrat prévoit une prise en charge des dépassements des médecins de secteur 2 **non adhérents** à l'Optam/Optam-Aco

1. Obligation de prise en charge des dépassements Optam/Optam-Aco ;
2. Plafonnement des prises en charge des dépassements des médecins de secteur 2 non adhérents à l'Optam/Optam-Aco **avec double limite** :
 - 2.1. Prise en charge des dépassements limitée à 100 % du tarif de responsabilité ;
 - 2.2. Prise en charge inférieure à celle garantie pour les dépassements des médecins adhérents au dispositif Optam/Optam-Aco (minoration d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité).

Exemple de prise en charge d'une consultation selon le statut d'un spécialiste de secteur 2

Exemple d'une consultation à 65 euros¹⁵ chez un médecin spécialiste de secteur 2, dans le cadre d'un contrat de complémentaire santé responsable remboursant les consultations à hauteur de 200 % de la BRSS (y compris part de l'AMO) (Figure 14), soit une prise en charge réglementaire de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) [part AMO et ticket modérateur (TM)] et une prise en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 100 % de la BRSS :

- Si le médecin est signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), la BRSS s'établit à 31,50 euros. L'AMO prend en charge 70 % de la BRSS, moins 2 euros de participation forfaitaire, soit 20,05 euros. La complémentaire prend en charge 9,45 euros au titre du TM et 31,50 euros au titre du dépassement d'honoraires (100 % de 31,50 euros), soit 40,95 euros. L'assuré aura alors un reste-à-charge de 4 euros (dont 2 euros de participation forfaitaire)¹⁶.

- Si le médecin n'a pas adhéré à l'Optam, le remboursement de l'AMO est calculé sur une BRSS minorée à 23 euros¹⁷. En déduisant la participation forfaitaire de 2 euros, le remboursement est de 14,10 euros. La complémentaire santé rembourse la consultation à hauteur maximale de 180 % de la BRSS (écart d'au moins 20 % avec la prise en charge des consultations dans le cadre de l'Optam, soit une prise en charge des dépassements inférieure de 80 % du montant de la BRSS). La complémentaire prend en

¹⁴ Les obligations réglementaires des contrats responsables en matière de dépassements d'honoraires ont été introduites par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Les dispositions ont été intégrées à l'art. R. 871-2, 2° du code de la Sécurité sociale.

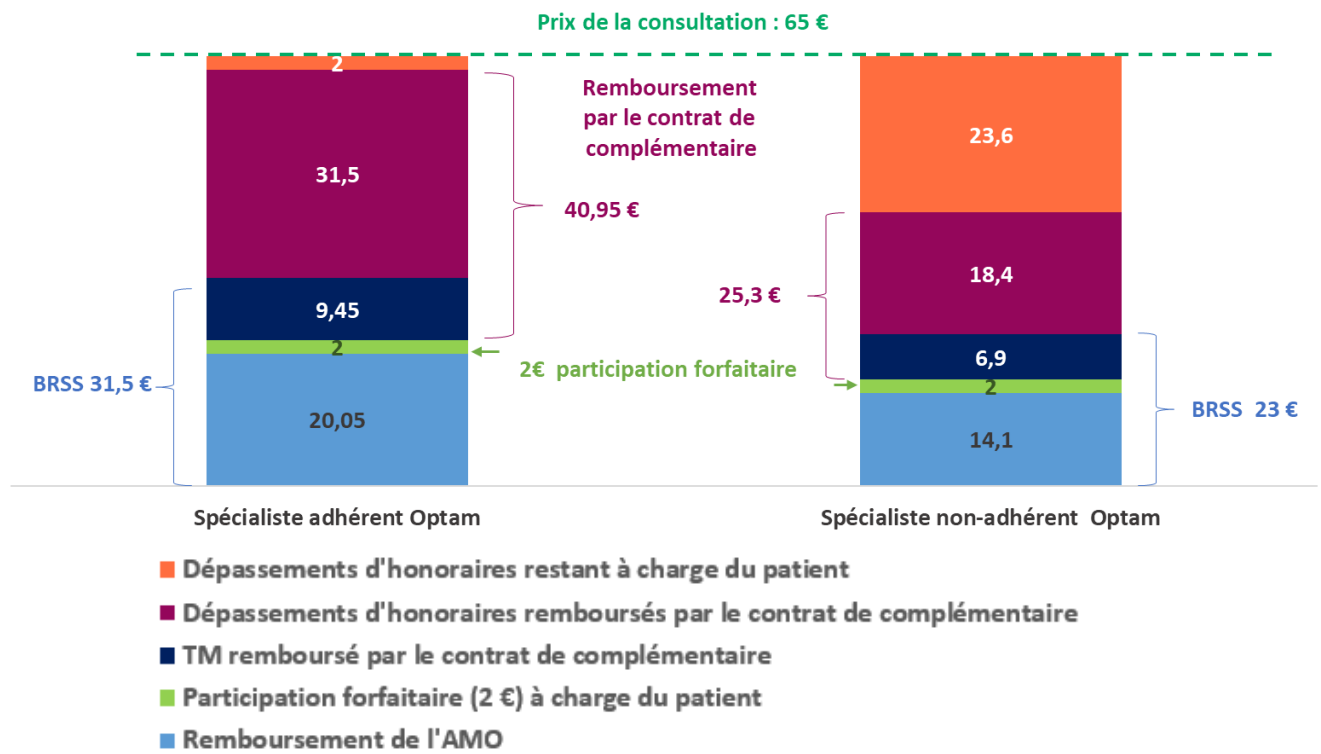
¹⁵ 10 % des consultations de spécialistes adhérents Optam et 30 % de celles des spécialistes non-adhérents à l'Optam sont facturées à un montant supérieur.

¹⁶ Depuis le 1er novembre 2023, la BRSS pour les spécialistes de secteur 1 et secteur 2 adhérents à l'Optam s'élève à 31,50 euros. Par ailleurs, depuis le 15 mai 2024, la participation forfaitaire est de 2 euros. La part prise en charge par l'AMO est désormais de 20,05 euros et le montant du TM à 9,45 euros. Dans l'exemple décrit, la complémentaire prend en charge, en plus du TM, 31,50 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit au total 40,95 euros. Le reste-à-charge pour le patient est alors de 4 euros, dont 2 euros de participation forfaitaire.

¹⁷ Pour un spécialiste non adhérent à l'Optam, la BRSS est de 23 euros ; si la consultation est hors parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement par l'AMO est abaissé à 30 %.

charge 6,90 euros au titre du TM et 18,40 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit 25,30 euros. L'assuré aura donc un reste à charge de 25,60 euros (dont 2 euros de participation forfaitaire)¹⁸.

FIGURE 14 – DECOMPOSITION DE LA PRISE EN CHARGE (A 200 % DANS LE CADRE DE L'OPTAM, A 180 % HORS OPTAM) D'UNE CONSULTATION A 65 EUROS D'UN MEDECIN SPECIALISTE DE SECTEUR 2



Source : Drees, Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 1.

4.3. Des contrats collectifs globalement plus couvrants

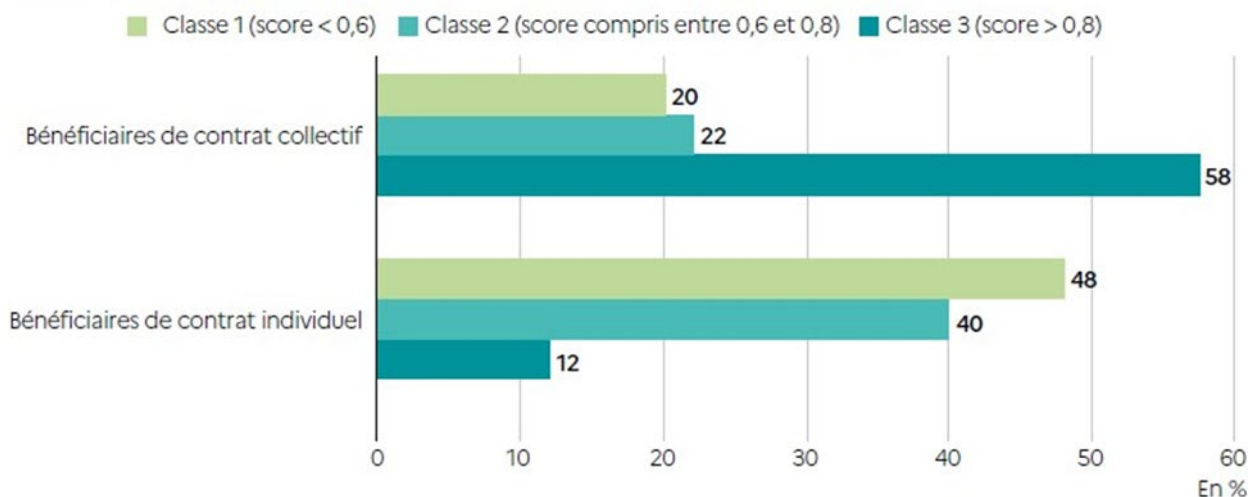
L'enquête OC de la Drees recueille les caractéristiques et garanties¹⁹ des dix contrats les plus souscrits de chaque type (individuels, collectifs, surcomplémentaires) par organisme. Leurs caractéristiques sont ensuite extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

L'étendue de la couverture des contrats est mesurée par une échelle allant de 0 à 1 : les contrats de la classe 1 (score < 0,6) sont les moins couvrants, ceux de la classe 2 (entre 0,6 et 0,8) sont intermédiaires et ceux de la classe 3 (> 0,8) sont les plus couvrants (Figure 15).

¹⁸ La participation forfaitaire est passée de 1 à 2 euros depuis le 15 mai 2024.

¹⁹ Garantie : couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation (définition issue Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 »).

FIGURE 15 – REPARTITION DES BENEFICIAIRES PAR SCORE DE CONTRAT



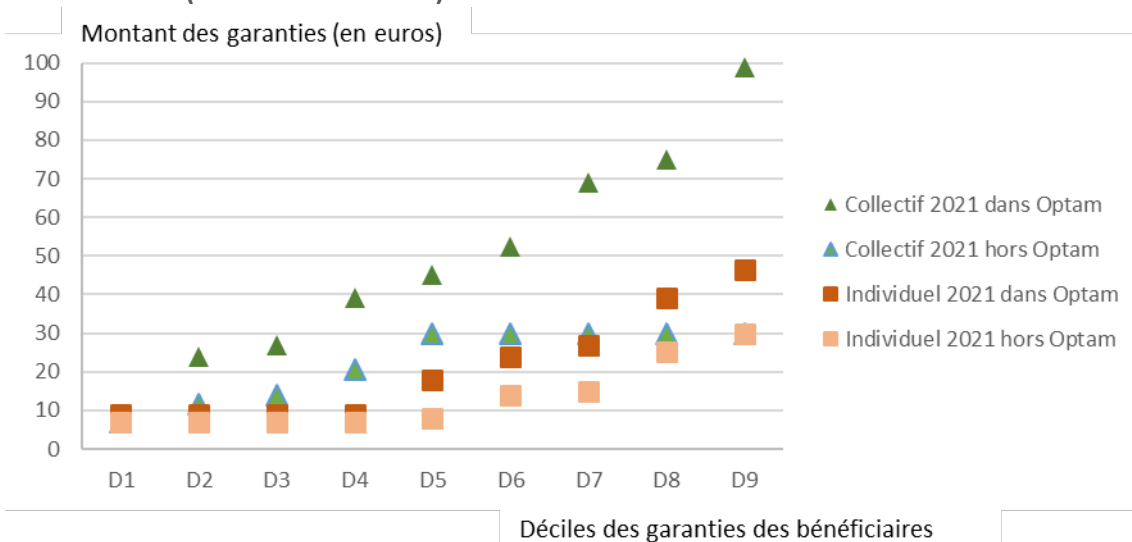
Champ : ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors C2S, France entière.

Source : Drees, enquête OC 2021 ; Cnam, SNDS, 2021. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 27.

40 % des assurés ayant un contrat individuel et 10 % des assurés en contrat collectif n’ont pas de couverture des dépassements d’honoraires pour les spécialistes.

Quatre bénéficiaires sur dix de contrat individuel ont une garantie de 6,90 € pour une consultation de spécialiste hors Optam et de 9,00 € pour une consultation de spécialiste Optam (correspondant au montant du ticket modérateur, soit aucune prise en charge des dépassements d’honoraires). C’est un bénéficiaire sur dix seulement pour les bénéficiaires de contrats collectifs (Figure 16).

FIGURE 16 – DECILES DES GARANTIES DES CONTRATS SOUSCRITS POUR UNE CONSULTATION DE SPECIALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS (DANS OU HORS OPTAM)



Source : Drees, enquête OC 2021. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 20.

Près de la moitié des assurés de contrat collectif et un assuré sur dix de contrat individuel bénéficient de la garantie maximale autorisée de 29,90 euros (y compris ticket modérateur) pour une consultation hors Optam (Tableau 3).

TABLEAU 3 – DECILES DES GARANTIES DES CONTRATS SOUSCRITS POUR UNE CONSULTATION DE SPECIALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS, EN 2023

Déciles des garanties des bénéficiaires	Consultation auprès d'un spécialiste adhérent à l'Optam			Consultation auprès d'un spécialiste non-adhérent à Optam		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
D1	9	9	9	6,90	6,90	6,90
D2	24	9	9	8,10	6,90	6,90
D3	30	9	16,50	18,40	6,90	6,90
D4	39	9	24	23	6,90	13,80
D5	45	22,50	30	28,80	11,50	18,40
D6	54	24	39	29,90	13,80	23
D7	60	24	45	29,90	13,80	29,90
D8	69	33	60	29,90	18,40	29,90
D9	99	45	75	29,9	29,90	29,90
Moyenne	50	26	38,60	22	14	18,40

Source : Drees, enquête OC 2023. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 20.

Il faut également prendre en compte les mécanismes de financement de l'assurance complémentaire (Encadré 4), pour s'interroger sur ce qui, dans l'activité médicale, relève d'une prise en charge solidaire ou d'une prise en charge assurantielle.

ENCADRE 4 – LES QUESTIONS POSEES PAR LES MECANISMES DE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE COMPLEMENTAIRE
 Extraits du rapport du Hcaam « *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire* » publié en janvier 2022) :

« L'accès à la couverture complémentaire, et le niveau de cette couverture, dépendent de la capacité des ménages à payer des primes plus ou moins élevées, et notamment des aides financières dont elles bénéficient.

1.2.2.1. Des populations non couvertes qui sont souvent en situation sociale fragile

La CMU-C puis l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) n'ont pas suffi à supprimer les problèmes d'accès à la complémentaire des ménages modestes, du fait notamment du non-recours important à ces dispositifs. La complémentaire santé solidaire instaurée le 1er novembre 2019 vise à améliorer la situation (...). La proportion de salariés qui ne bénéficient pas d'une couverture collective est bien plus importante parmi les bas salaires ou les ouvriers non qualifiés.

1.2.2.2. Des disparités liées au statut professionnel en matière de financement et d'aides publiques

Si la couverture complémentaire est quasi généralisée, c'est de manière segmentée, en lien avec la situation professionnelle. Il en résulte des disparités en termes de financement et donc de coût d'acquisition. Les aides, publiques ou de l'employeur, sont concentrées sur les couvertures collectives et bénéficient ainsi davantage aux personnes en situation d'emploi dans le secteur privé²⁰. (...)

²⁰ En 2019 81% des salariés du secteur privé déclaraient être couverts par un contrat d'entreprise (collectif). Les retraités, quant à eux, étaient quasiment exclusivement couverts par un contrat individuel (à hauteur de 93%) : Drees, EHS 2019. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 12.

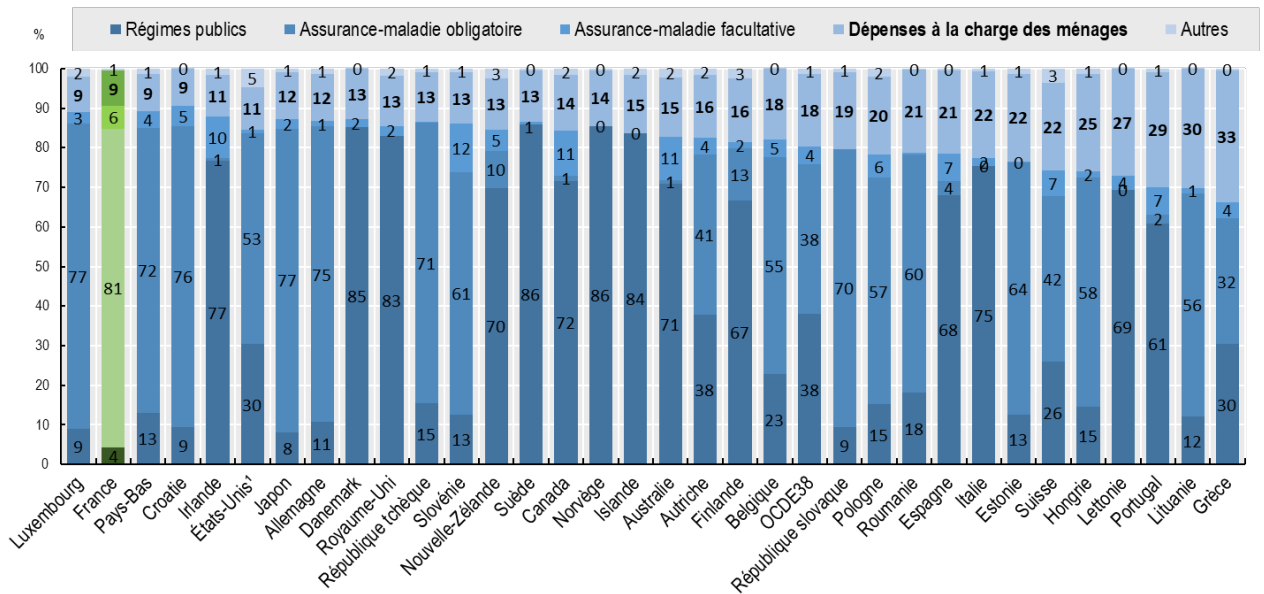
La souscription d'une assurance individuelle est beaucoup moins aidée, ce qui pénalise particulièrement les retraités en raison des pratiques généralisées de tarification à l'âge, et les chômeurs, dont 13 % n'ont pas de complémentaire santé²¹. En outre, les contrats collectifs reversent une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels (87 % des cotisations hors taxe contre 72 %)²². Ces disparités contribuent au fait que les contrats collectifs offrent en moyenne une meilleure couverture que les contrats individuels : 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par un contrat de catégorie supérieure, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels²³ ».

5. Un RAC moyen modéré, un taux d'effort important et un taux de renoncement des ménages difficile à mesurer

5.1. Le RAC des ménages fait partie des plus faibles en comparaison internationale

Cette partie compare la situation française aux autres pays sur l'ensemble des dépenses relatives aux soins - et non pas spécifiquement sur les dépenses relatives aux dépassements d'honoraires. Les dépenses restant à la charge des ménages exprimées en pourcentage de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élèvent à 9 % en France (Figure 17).

FIGURE 17 – DEPENSES DE SANTE PAR TYPE DE FINANCEMENT, 2021 (OU ANNEE LA PLUS PROCHE)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023 <https://stat.link/Okdtm2>

²¹ M. Fouquet, Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, Drees, *Etudes et résultats*, 2020.

²² Drees, Rapport 2020 Sur la situation financière des organismes assurant une couverture santé. Ces écarts s'expliquent par le fait que les entreprises qui souscrivent ces contrats au profit de leurs salariés sont davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que les particuliers souscrivant des contrats individuels, et aussi par des frais de gestion différents selon les types de contrats et d'assureur.

²³ La Drees a réalisé une typologie des contrats d'assurance complémentaire santé comportant 3 classes. Les disparités entre les trois classes de contrats sont fortes. Ainsi, le remboursement d'un contrat de classe 3 est en moyenne 2 à 3 fois supérieur selon les postes de soins à celui d'un contrat de classe 1, celui d'un contrat de classe 2, de 10 % à 110 % supérieur. Notons que les souscripteurs de contrats individuels ont plus le choix de leur niveau de couverture que les souscripteurs de contrats collectifs, ce qui peut également contribuer à ces écarts.

« Autres » désigne le financement par les organisations non gouvernementales (ONG), les employeurs, les régimes de non-résidents et les régimes inconnus.

¹ Pour les Etats-Unis, toutes les dépenses des compagnies d'assurance maladie privées déclarées au titre de l'assurance maladie obligatoire.

Remarque : la distinction « assurance maladie obligatoire / assurance maladie facultative » dans les statistiques de l'OCDE ne recouvre pas la distinction AMO / AMC telle qu'elle est utilisée en France. Dans notre pays, la distinction AMO / AMC est superposable à « assurance publique / assurance privée », mais ce n'est pas le cas dans tous les pays. Dans certains, l'assurance maladie est obligatoire pour tous les résidents, mais elle est souscrite auprès d'assureurs privés. L'OCDE distingue donc la couverture maladie selon qu'elle a un caractère obligatoire ou volontaire, et à ce titre, depuis la loi ANI de 2016, la complémentaire d'entreprise a été basculée dans la catégorie « assurance obligatoire ».

Par rapport aux pays occidentaux comparables, l'articulation entre Sécurité sociale et assurances maladie complémentaires se singularise en France par le fait que les deux remboursent en très large part les mêmes soins et que le complément apporté par l'assurance complémentaire est considéré comme indispensable à l'accessibilité financière de ces soins. Autrement dit, en France l'assurance privée se singularise par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) par la combinaison de trois éléments : elle a une fonction essentiellement complémentaire (elle porte sur les mêmes soins que la Sécurité sociale), elle couvre un pourcentage très élevé de la population et un pourcentage important des dépenses²⁴.

Cette organisation spécifique conduit à un reste-à-charge moyen des ménages (défini comme les dépenses après remboursements par les assurances) parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, avec le Luxembourg, les Pays-Bas et la Croatie (de l'ordre de 9 % des dépenses). Toutefois, elle ne supprime pas les risques de restes-à-charge importants sur des soins essentiels pour les 4 % de personnes sans assurance complémentaire. Ce fonctionnement « à la française » génère en outre des frais de gestion la situant au troisième rang des grands pays de l'OCDE après les États-Unis et la Slovaquie. Cette organisation spécifique entraîne également des taux d'effort importants des ménages pour leurs dépenses de santé²⁵.

5.2. Un taux d'effort des ménages important

Le Hcaam recommande l'utilisation du taux d'effort pour mesurer l'accessibilité financière aux soins²⁶ plutôt que le reste-à-charge. Ce taux d'effort intègre le coût des primes d'assurance et le montant des cotisations obligatoires, en plus des RAC. Le taux d'effort s'exprime en pourcentage du revenu disponible, contrairement au taux de RAC qui s'exprime en pourcentage des dépenses de santé.

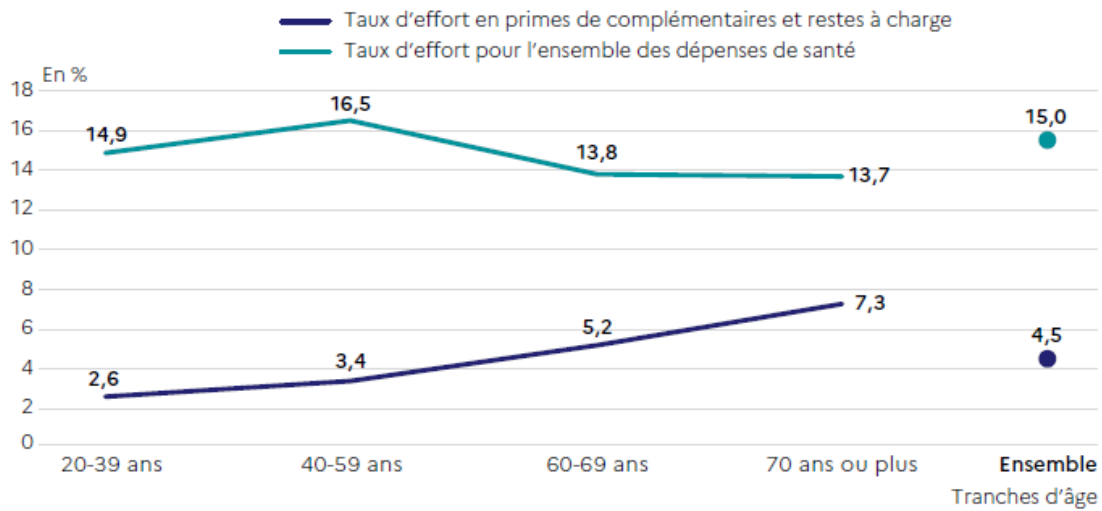
En 2019, un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans consacre en moyenne 13,7 % de son revenu à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, restes à charge) contre 15 % en moyenne en population générale. Il dépense en moyenne 7,3 % de son revenu disponible en primes et en restes à charge en santé, contre 4,5 % en moyenne en population générale (Figure 18).

²⁴ Voir le document de travail du Hcaam : « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France », janvier 2021 ; voir également le rapport du Hcaam « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », janvier 2022.

²⁵ Voir le document de travail du Hcaam : « La place de la complémentaire santé et prévoyance en France », janvier 2021 ; voir également le rapport du Hcaam « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », janvier 2022.

²⁶ Voir l'avis du Hcaam : « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer », janvier 2011 ; voir également le rapport du Hcaam « Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire », janvier 2022.

FIGURE 18 – TAUX D’EFFORT DES MENAGES POUR L’ENSEMBLE DE LEURS DEPENSES DE SANTE SELON L’AGE DE LA PERSONNE LA PLUS AGEE DU MENAGE, EN 2019



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

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

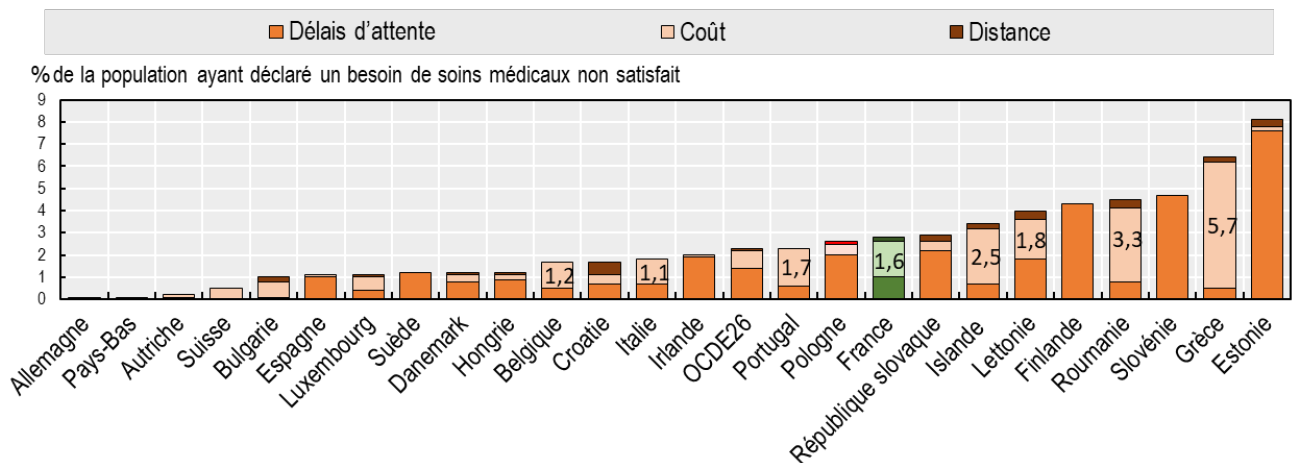
Champ : ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l’AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source : Drees, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019. Voir Panoramas de la DREES-Santé, « La complémentaire santé, édition 2024 », fiche 15.

5.3. Le renoncement aux soins

La part de la population signalant un besoin non satisfait en matière de soins médicaux, apparaît relativement élevée en France par rapport aux autres pays de l’OCDE (2,8 % en moyenne contre 0,1 % en Allemagne et aux Pays-Bas en 2021).

FIGURE 19 – PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE DES BESOINS DE SOINS MEDICAUX NON SATISFAITS ONT ETE DECLARES, 2021



Note : les questions de l’enquête peuvent différer légèrement d’un pays à l’autre : dans la plupart des pays, la question porte à la fois sur un examen médical et un traitement médical, mais dans certains pays (République tchèque et Espagne), elle porte uniquement sur un examen médical ou une consultation médicale, ce qui se traduit par des taux plus faibles de besoins non satisfaits.

Source : statistiques de l’OCDE sur la santé 2023 <https://stat.link/40c6qx> ; Eurostat, d’après l’enquête EU-SILC.

La mesure du renoncement aux soins pose des difficultés méthodologiques (Encadré 5) qui conduisent à recommander de l'interpréter en évolution ou en comparaison de sous-populations entre elles, plutôt qu'en niveaux absolus. La formulation des questions (leur traduction) et les biais culturels peuvent par ailleurs avoir un impact en comparaison internationale qu'il est difficile à objectiver.

Parmi les caractéristiques de la médecine de premiers recours en France, figure le fait que l'avance de frais demeure la règle. Il conviendrait d'étudier dans quelle mesure cela est susceptible de constituer une barrière à l'accès aux soins pour une partie de la population, notamment les quintiles de niveau de vie les plus faibles^{27 28}.

ENCADRE 5 - LA DIFFICULTE DE MESURER LE RENONCEMENT AUX SOINS

Pour analyser la sensibilité de la mesure du renoncement aux soins (toutes causes), la Drees a introduit quatre formulations différentes de questions dans l'édition 2019 de son Baromètre d'opinion²⁹. Chaque formulation a été posée à un sous-échantillon différent, tiré aléatoirement sur la base de critères identiques.

Selon les formulations, le taux de renoncement au cours des 12 derniers mois variait entre 7,7 % et 18,8 % (soit un rapport de 1 à 2,4) confirmant l'extrême sensibilité de la mesure (Tableau 4).

Par ailleurs, le niveau de taux de renoncement au cours des 12 derniers mois observés dans ce Baromètre d'opinion (entre 7,7 % et 18,8 %) était supérieur à celui mesuré dans l'enquête « Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) » (soit entre 3,1 % et 4,4 % selon les années, entre 2014 et 2020). Cela montre que, au-delà même des formulations choisies, l'ensemble du protocole d'enquête peut jouer sur la mesure.

TABLEAU 4 – TAUX DE RENONCEMENT AUX SOINS SELON LA FORMULATION DANS LE BAROMETRE ET SRCV (EN %)

	Caractéristique de la formulation	Baromètre 2019	SRCV
Échantillon 1	Question filtre + absence du terme « renoncement » dans la question (seulement dans une modalité)	7,7	3,1 (SRCV 2017 et 2019)
Échantillon 2	Une seule question sans possibilité de distinguer les personnes non concernées car sans besoin de soin.	18,8	4,4 (SRCV 2014)
Échantillon 3	Une question à trois modalités (oui/ non/ pas concerné) + le terme « voir un médecin » n'apparaît pas	15,0	4,4 (SRCV 2020)
Échantillon 4	Comme dans échantillon 3, trois modalités + terme « voir un médecin »	11,8	pas d'équivalent

²⁷ Voir notamment : Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusost F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Question d'économie de la santé, 2011, n° 169 et Dourgnon P., Boisguerin B. Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique. Actes du colloque du 22 novembre 2011, Paris, Drees, 2011 : 9-19.

²⁸ L'OMS préconise d'abandonner le paiement direct des professionnels de santé par les patients et de recourir à des systèmes de couverture universelle fondés sur des cotisations et des impôts sur le revenu de l'ensemble de la population, pour permettre aux plus modestes d'accéder aux soins. Voir « Rapport sur la santé dans le monde 2008 : les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais », OMS 2008, ou encore Rapport sur la santé dans le monde 2010 : le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle », OMS, 2010.

²⁹ Lapinte, A., La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions - Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins, *Drees Méthodes*, août 2023 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/DM10.pdf>

Note > Les taux sont calculés sur l'ensemble de la population et non sur le champ restreint aux personnes ayant eu des besoins de soins pour permettre une comparaison de l'ensemble des formulations. En effet, la formulation 2 n'isole pas les personnes n'ayant pas eu de besoin de celles n'ayant pas renoncé. La mise en parallèle des résultats du Baromètre avec ceux de SRCV à formulation équivalente ne peut pas donner lieu à une comparaison immédiate : à part pour l'échantillon 1, ils ne portent pas sur la même année.

Champ > Population de France métropolitaine de 16 ans ou plus (SRCV) et 18 ans ou plus (Baromètre) vivant en ménage ordinaire.

Source > La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions - Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins, *Drees Méthodes*, A. Lapinte, 2023.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a quant à elle réalisé une enquête en 2024 en partenariat avec Ipsos et France info. Ses résultats indiquent que 26 % des Français ont renoncé à une consultation chez un médecin pour des raisons financières **au cours des cinq dernières années** (14 % ont renoncé une seule fois ; 12 % ont renoncé plusieurs fois)³⁰.

Compte-tenu de ces éléments, il est important de ne pas interpréter les taux de renoncement en niveau mais bien en évolution (sous réserve qu'il n'y ait pas de rupture de série) ou en comparaison de sous-populations entre elles.

Les 20% les plus modestes renoncent 1,5 à 2 fois que l'ensemble de la population.

L'analyse des résultats du Baromètre d'opinion 2019 de la DREES permet ainsi de conclure que les 20 % de la population les plus modestes renoncent en moyenne 1,5 à 2 fois plus aux soins que l'ensemble de la population (Tableau 5).

TABLEAU 5 – TAUX DE RENONCEMENT DES PLUS MODESTES PAR RAPPORT A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION, SELON LES ECHANTILLONS

Taux de renoncement	Échantillon 1	Échantillon 2	Échantillon 3	Échantillon 4
20% les plus modestes (en %) (1)	12,7	29,0	30,2	18,3
Ensemble (en %) (2)	7,7	18,8	15,0	11,8
Écart en points de pourcentage	5,0	10,2	15,2	6,5
Rapport (1) / (2)	1,6	1,5	2,0	1,6

Lecture > Dans l'échantillon 1, 12,7 % des plus précaires déclarent avoir renoncé à un soin, contre 7,7 % de l'ensemble de la population, soit 1,6 fois plus.

Champ > Population de France métropolitaine de 18 ans ou plus ayant déclaré avoir renoncé à au moins un soin au cours des 12 derniers mois.

Source > La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions - Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins, *Drees Méthodes*, A. Lapinte, 2023.

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) utilise chaque année les données SRCV pour mesurer le renoncement aux soins pour raison financière.

Ainsi, le rapport 2024 fait état de 4,3 % parmi les 20 % de la population les plus modestes et 2 % en population générale déclarant avoir dû renoncer à des examens ou traitements médicaux pour des raisons financières alors qu'elles en avaient besoin³¹.

Enfin, bien que le panier de soins du système français fasse partie des plus larges au monde, il génère des RAC que France Assos Santé qualifie « d'invisibles » (Encadré 6). Certains sont comptabilisés par la

³⁰ Accès aux soins : vers une bombe à retardement de santé publique ? Enquête FHF, Ipsos, France info, mars 2024 [ipsos-fhf-acces-aux-soins-2024-rapport-complet.pdf](https://www.ipsos.com/fr/fr/fhf-acces-aux-soins-2024-rapport-complet.pdf)

³¹ REPSS Maladie 2024, données SRCV 2022, p.126 <https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss>

Drees dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : c'est le cas de la consommation non remboursable des biens médicaux (médicaments non remboursables, dispositifs médicaux non remboursables). D'autres en revanche sont hors du champ médical et ne sont pas pris en compte dans les comptes de la santé : dépenses pour une alimentation saine et activité physique notamment.

ENCADRE 6 – LES RESTES-A-CHARGE DITS « INVISIBLES »

France Assos Santé a publié le 27 novembre 2024 les résultats d'une enquête sur les restes-à-charge invisibles (RACI) pour les personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Au total, 11 types de RACI et 1 catégorie autre ont été identifiés : 4 concernent les biens médicaux (les médicaments prescrits mais non remboursés, les médicaments non prescrits et non remboursés, le petit matériel médical, le gros matériel médical). Les restes-à-charge de ces dépenses sont comptées dans la consommation de soins et de biens médicaux. Les 7 autres types concernent : les éléments de confort permettant de mieux vivre la maladie, le handicap ou la perte d'autonomie ; les transports ; l'accompagnement humain ; les aspects administratif, assurance et juridique ; l'adaptation de l'environnement ; l'alimentation et l'activité physique ; les médecines complémentaires ou de santé mentale.

Un questionnaire en ligne a été diffusé par France Assos Santé entre le 12 septembre et le 14 octobre 2024, aux associations membres, aux représentants des usagers, aux délégations régionales, etc., à destination des personnes vivant avec une maladie chronique et/ou un handicap et/ou une perte d'autonomie au cours des 12 derniers mois. Parmi les 3 100 répondants, sans garantie de leur représentativité, 88,6 % ont indiqué être concernés par des RACI.

Le RACI moyen s'élève pour eux à 1 557 € par an et par personne. Il est de 1 623 € pour les personnes en ALD et il peut représenter jusqu'à 8 200 € pour les 10 % des personnes déclarant le plus de frais. Les 3 RACI cités par plus de 50 % des personnes concernent les médecines complémentaires et de santé mentale (64,2 %) ; le petit matériel (54,6 %) et l'alimentation et l'activité physique (53 %). 2 de ces 3 postes sont aussi les plus onéreux : les médecines complémentaires et la santé mentale (310 € en moyenne) et ceux liés à l'alimentation et l'activité physique (256 €) ; alors que l'adaptation de l'environnement à la situation de santé représente la catégorie la plus onéreuse (324 €).

En ce qui concerne spécifiquement les médicaments, RACI les plus fréquents, qu'ils soient prescrits non remboursés (67,8 %) ou non prescrits non remboursés (66,1 %), leur montant moyen est identique à 159 €.

Les personnes en situation de handicap moteur et handicap psychique ont les RACI les plus élevés, respectivement 2 535 € et 1 999 €. Enfin, plus de la moitié des répondants déclarent avoir dû renoncer à des soins/prestations pour raisons financières.

Annexe : estimation par la Drees de la prise en charge des dépassements par les complémentaires santé

Les complémentaires santé ont remboursé 29,8 Md€ en 2022 (Tableau 6).

TABLEAU 6 – RESTE-A-CHARGE APRES AMO ET FINANCEMENT PAR LES COMPLEMENTAIRES SANTE PAR GRANDS POSTES

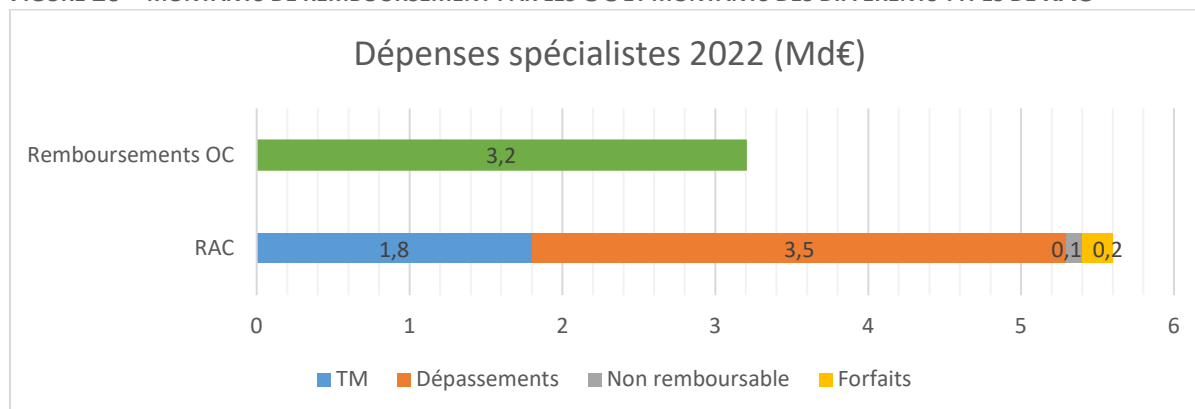
	Participations forfaitaires	Ticket modérateur et forfait hospitalier	Dépassements	Dépenses non remboursables	Financement par les complémentaires santé
Hôpital public	5,3				4,0
Cliniques privées hors honoraires	0,1	0,3		0,6	0,3
Médecins généralistes	0,2	1,4	0,2	0,5	1,6
Médecins spécialistes	0,2	1,8	3,5	0,1	3,2
Soins et prothèses dentaires	0,0	0,6	5,7	1,7	6,2
Sage-femmes et auxiliaires médicaux	0,2	2,2	0,1	1,0	1,9
Médicaments en ambulatoire	0,7	4,1		3,4	3,6
Dispositifs médicaux	<i>n.s.</i>	1,1	8,5	1,7	7,5
Autres	0,4	1,4		0,1	1,5
TOTAL	1,7	18,0	18,0	9,1	29,8

NB : le ticket modérateur inclut ici les forfaits jour à l'hôpital.

Source : Drees, comptes de la santé, calculs Drees, données 2022.

Cette décomposition est illustrée, pour les dépenses de spécialistes, par la figure 20.

FIGURE 20 – MONTANTS DE REMBOURSEMENT PAR LES OC ET MONTANTS DES DIFFERENTS TYPES DE RAC



Source : Drees, comptes de la santé, calculs Drees, données 2022.

On suppose qu'ils financent en priorité les 1,8 Md€ de ticket modérateur, puis le reste est alloué au financement des dépassements et des dépenses non remboursables. Au-delà du remboursement du ticket modérateur par les complémentaires santé, on peut estimer la répartition des remboursements entre dépassements et non remboursable à l'aide de 3 scénarios (Tableau 7) :

1. Scénario 1 : Les OC priorisent le remboursement des dépassements ;
2. Scénario 2 : Les OC prennent en charge dépassements et non remboursables en proportion équivalente de leur part dans le reste à charge ;
3. Scénario 3 : Les OC priorisent le remboursement des dépenses non remboursables.

TABLEAU 7 – REPARTITION DES PRESTATIONS DES COMPLEMENTAIRES SANTE SELON LA DEPENSE CONCERNEE ET LE SCENARIO SUPPOSE

	Dépassements	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
Soins et prothèses dentaires	5,7 Md€	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % pris en charge • Soit 5,7 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 77 % pris en charge • Soit 4,4 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % pris en charge • Soit 4,0 Md€
Dispositifs médicaux	8,5 Md€	<ul style="list-style-type: none"> • 75 % pris en charge • Soit 6,4 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 % pris en charge • Soit 5,3 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 56 % pris en charge • Soit 4,7 Md€
Total soins de médecins	3,7 Md€	<ul style="list-style-type: none"> • 43 % pris en charge • Soit 1,6 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 39 % pris en charge • Soit 1,4 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 35 % pris en charge • Soit 1,3 Md€
Dont Soins de médecins spécialistes	3,5 Md€	<ul style="list-style-type: none"> • 40 % pris en charge • Soit 1,4 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 39 % pris en charge • Soit 1,4 Md€ 	<ul style="list-style-type: none"> • 37 % pris en charge • Soit 1,3 Md€

Source : Drees, comptes de la santé, calculs Drees, données 2022.

En 2022, les complémentaires santé ont financé entre 1,3 et 1,6 Md€ de dépassements d'honoraires de l'ensemble des médecins (généralistes et spécialistes), représentant un taux de couverture des dépassements d'honoraires variant entre 35 % et 43 % selon les scénarios.

Plus précisément les complémentaires auraient remboursé **1,3 à 1,4 Md€ (37-40 %) des dépassements d'honoraires des spécialistes**. Ces résultats sont particulièrement robustes du fait que les dépenses non remboursables de spécialistes sont réduites (0,1 Md€).

Au total, 60 % à 63 % des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes resteraient donc à la charge des ménages.



Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du Hcaam

<https://www.securite-sociale.fr/hcaam>

Contact

hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM
78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -
75739 PARIS cedex

Locaux HCAAM
78-84 rue Olivier de Serres
75015 PARIS



**HAUT-COMMISSARIAT
À LA STRATÉGIE
ET AU PLAN**

*Liberté
Égalité
Fraternité*