



CONSEIL DE L'ÂGE

L'incidence des réformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées

Synthèse

Adoptée le 17 avril 2020

par procédure électronique en raison des circonstances liées à l'épidémie du Covid-19

La note¹ adoptée par le Conseil ([note.pdf](#)) présente des incidences pour les personnes âgées des dernières réformes relatives au 100 % santé ou « Zéro reste à charge », d'une part, et d'autre part à la Complémentaire santé solidaire (qui intègre les acquis du 100 % santé pour les publics plus modestes).

I. DEPENSES DE SANTE ET RESTE A CHARGE DES PERSONNES AGEES

Les dépenses de santé croissent avec l'âge, tout comme le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire

Les dépenses de santé individuelles² atteignent en moyenne 4 460 €/an chez les personnes âgées de 60 à 79 ans et 7 230 €/an chez celles âgées de 80 ans et plus.

L'assurance maladie (AMO) en prend en charge plus de 80 %

Le reste à charge (RAC) après AMO chez les consommateurs³ âgés de 60 ans ou plus est en moyenne de 832 €/an en 2016 contre 385 € chez les plus jeunes

L'assurance maladie complémentaire (AMC) constitue le deuxième niveau de couverture des dépenses de soins. Elle prend en charge une partie des RAC après AMO, moyennant le paiement d'une cotisation qui varie selon le contrat choisi.

Avec l'avancée en âge, la modification du panier de soins induit des profils spécifiques de restes à charge, plus ou moins bien pris en charge par l'assurance complémentaire. Par ailleurs, le passage à la retraite entraîne une modification substantielle de cette prise en charge : les ménages perdent le bénéfice des contrats d'assurance souscrits à titre collectif (dont le coût est largement supporté par l'employeur). Ils optent alors pour des contrats individuels dont l'économie (garanties, niveau de la cotisation) est originale.

Le RAC final (après AMC) augmente avec l'âge chez les personnes de plus de 60 ans.

¹ Note, synthèse et avis adoptés par consensus, à l'exception des syndicats UCR-CGT, UCR-FO, FGR-FP, FSU, UNRPA qui s'abstiennent sans s'opposer à la transmission de cet avis adopté par consensus, les syndicats rappelant leur préférence pour une sécurité sociale intégrale (intégrant l'actuel périmètre des complémentaires santé dans le régime de base).

Cette note s'appuie notamment sur des données statistiques et de financements communiquées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des Solidarités et de la Santé (Drees), le fonds de la Complémentaire santé solidaire (CSS), la direction de la Sécurité sociale (DSS), ainsi que des contributions d'autres membres du Conseil de l'âge dont la mutualité française, la fédération française des assurances et le syndicat national des audio-prothésistes. Voir note pour le détail des sources.

² On distinguera dans l'ensemble de cette note les dépenses de santé individuelles, notamment pour les consommateurs, c'est-à-dire les personnes qui consomment un soin ou bien de santé dans l'année, et les dépenses de santé supportées au niveau d'un ménage.

³ Bénéficiaires qui ont consommé des soins ou biens médicaux.

Tableau 1. RAC sur la consommation annuelle moyenne de soin par individu en 2012

	56 à 65 ans	66 à 75 ans	76 ans et +
RAC annuel	260 €	310 €	340 €

Champ : individus en ménage ordinaire, consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital (MCO uniquement).

Source : Drees, Ines-Omar, tiré de Panorama Drees « la complémentaire santé », édition 2019.

Rappelons que ce RAC est de 125 € pour les personnes de 25 à 45 ans.

Une fois rapporté aux dépenses de soins, ce RAC est cependant plus faible pour les personnes âgées (6 % pour les 76 ans et plus contre 10 % entre 25 et 45 ans).

La cotisation de complémentaire est de 1 475 € par an pour les ménages dont la personne la plus âgée à 76 ans ou plus contre 830 € pour les ménages dont la personne la plus âgée à moins de 45 ans. Deux explications à cet écart : les plus âgés sont très majoritairement couverts par des contrats individuels dont le coût est entièrement à leur charge ; les primes des couvertures individuelles augmentent avec l'âge dans la très grande majorité des contrats.

La somme du RAC et des primes est en moyenne de 1 800 €/an au sein des ménages dont la personne la plus âgée a plus de 60 ans

Les primes comptent pour les trois quarts de cette somme.

Le taux d'effort croît avec l'âge

Il passe d'environ 3 % pour les ménages dont la personne la plus âgée à moins de 45 ans à 4,5 % pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 60 et 69 ans, 6,1 % pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 70 et 79 ans et 6,6 % pour ceux dont la personne la plus âgée a plus de 80 ans.

Pour les personnes âgées modestes, le taux d'effort est supérieur à 10 %

Le taux d'effort du ménage est significativement plus élevé chez les ménages les plus modestes⁴. En 2012, il représentait ainsi plus de 10 % des revenus des 20 % des ménages les plus modestes âgés contre 3 % pour les ménages âgés les plus riches. Cet écart est notamment lié au fait que la cotisation de la complémentaire santé varie peu avec les revenus.

⁴ Ces taux d'effort ne tiennent pas compte de la contribution des individus au financement de l'AMO, qui croît en proportion du niveau de vie. Pour mesurer le bilan redistributif global, il faudrait non seulement tenir compte du RAC et de la cotisation de la complémentaire santé, mais aussi de la participation au financement de l'assurance maladie de base (voir note p.14). Nous ne disposons pas des données permettant de l'établir pour les personnes âgées.

Tableau 2. Dépenses de santé à la charge des ménages comportant une personne âgée de 60 ans ou plus, par âge et par niveau de vie

	Part de la population des séniors (%)	Taille du ménage	Dépenses totales (en euros)	RAC AMO (en euros)	RAC AMC (en euros)	Primes (en euros) nettes de l'ACS	Taux d'effort (%)
Selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage							
60-69 ans	42,8	1,88	4 893	1 283	463	1 218	4,5
70-79 ans	30,7	1,67	7 109	1 331	485	1 401	6,1
80 ans et +	26,5	1,53	8 323	1 381	499	1 317	6,6
Selon le niveau de vie du ménage							
1 ^{er} quintile	20,1	1,54	7 760	1 147	402	1 071	10,6
2 ^e quintile	22,1	1,64	5 875	1 191	409	1 338	8,4
3 ^e quintile	19,4	1,75	7 018	1 317	451	1 350	6,6
4 ^e quintile	18,0	1,84	5 735	1 432	499	1 379	5,2
5 ^e quintile	20,4	1,86	6 023	1 553	641	1 368	3,1
Ensemble	100	1,72	6 481	1 324	479	1 300	5,5

Note : les dépenses totales sont les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie (soins de ville et séjours hospitaliers en MCO). Les primes sont données au niveau du ménage. Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Les taux d'efforts sont le ratio entre la somme des primes AMC et du reste à charge après assurance maladie complémentaire (RAC AMC) et le revenu disponible. L'âge du ménage est celui de la personne la plus âgée. Les niveaux de vie sont distingués selon les quintiles de niveau de vie de l'ensemble de la population.

Lecture : les ménages dont la personne la plus âgée a entre 60 et 69 ans, consacrent 5,5 % de leur revenu à leurs dépenses de santé. Les personnes âgées de plus de 60 ans parmi les 20% les plus pauvres ont un taux d'effort de 10,6%.

Champ : ensemble des ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont la personne la plus âgée a 60 ans ou plus ; consommation présentée au remboursement en ambulatoire et à l'hôpital MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) uniquement.

Source : Drees, Ines-Omar 2012.

L'ACS corrige de manière significative les inégalités de taux d'effort pour les plus modestes

Les bénéficiaires de l'ACS en 2012 sont quant à eux caractérisés par un taux d'effort moyen compris entre 6 et 7 %, soit un niveau comparable à ceux des ménages plus aisés des classes moyennes⁵. Ce taux est probablement plus bas actuellement⁶.

⁵ Taux comparable à celui des ménages du troisième quintile de la distribution des niveaux de vie, alors que ces bénéficiaires de l'ACS sont dans le premier quintile de la distribution des niveaux de vie.

⁶ Si l'on tient compte de l'écart entre l'estimation actuelle du taux d'acquisition des ACS par le fonds CMU (2,8 %) et le taux d'effort pour acquérir la complémentaire santé estimé par le modèle Drees sur la base des données 2012 (4,4 %), ainsi que des plafonnements et tarifs opposables mis en place.

II. LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DES PERSONNES AGEES AVANT LA MISE EN PLACE DU 100 % SANTE ET DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS)

97 % des retraités disposent d'une couverture complémentaire

On estime que 93 % des retraités bénéficiaient d'une complémentaire individuelle (dont ceux bénéficiant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), 1,4 % d'une complémentaire collective et 2,6 % de la couverture maladie universelle (CMU-C).

3 % des retraités ne disposent pas de complémentaire santé (contre 5 % en population générale).

À partir de l'enquête Care de la Drees menée en 2015, la proportion de personnes non couvertes apparaît plus élevée chez les personnes résidant en établissement, en particulier ceux en GIR 3 et 4. Il faut rappeler que les résidents d'Ephad prennent généralement à leur charge leur couverture complémentaire, ce qui pèse sur un reste à vivre déjà sous tension⁷ (toutes les dépenses de soins ne sont pas couvertes en Ephad).

765 000 personnes âgées de plus de 60 ans bénéficient ou de la CMU-C (325 000) ou de l'ACS (440 000), soit moins de 5% des personnes de plus de 60 ans

On étudie leur situation au III

Les couvertures complémentaires (hors CMU-C et ACS) souscrites par les personnes de 60 ans ou plus offrent un niveau de garanties plus faible que celles souscrites par le reste de la population

Ce moindre niveau de garantie s'explique en grande partie par le fait que les personnes de moins de 60 ans sont beaucoup plus nombreuses à disposer d'une couverture collective – dont le coût est partagé entre l'entreprise et l'assuré – qui offre en moyenne des garanties plus importantes qu'une couverture individuelle dont le coût est intégralement à la charge de l'assuré.

On observe cependant d'après l'enquête réalisée par la Drees sur les contrats les plus souscrits une nette montée en gamme des couvertures complémentaires souscrites à titre individuel entre 2011 et 2016.

Le prix des couvertures complémentaires croît de manière importante avec l'âge

La très grande majorité des couvertures individuelles sont tarifées en fonction de l'âge. Le tarif à 75 ans est en moyenne trois fois supérieur au tarif appliqué aux personnes de 20 ans.

Le niveau de garanties souscrit fait varier du simple au double le montant de la prime

Ainsi à 75 ans, la prime est de 85 €/mois pour les contrats offrant un bas niveau de garanties et 148 €/mois pour ceux offrant le plus haut niveau de garanties.

⁷ Voir HCFEA Rapport du Conseil de l'âge : La prise en charge des aides à l'autonomie et son incidence sur la qualité de vie des personnes âgées et de leurs proches aidants - Adopté le 1er décembre 2017.

III. L'APPORT DU 100 % SANTE POUR LES PERSONNES AGEES

Le 100 % santé devrait faire baisser les plus gros renoncements aux soins

Ces renoncements concernent notamment les soins dentaires, l'optique et l'audioprothèse, soins moins bien couverts et pour lesquels on observe des restes à charge élevés.

Tableau 3. Le non recours des français âgés de plus de 65 ans

	Optique	Dentaire	Audioprothèses
Non recours (équipement ou rééquipement) pour raison financières	9 %	15 %	30 % (1)
Taux d'équipement	93 %	46 %	13 %

(1) En population générale. On estime que 35 % des personnes sont équipées sur 50 % ayant besoin d'être équipé, soit un taux de non recours de 30 % mais dont on ne connaît pas la part pour les plus de 65 ans, ni la part attribuable aux raisons financières. La cible pourrait être de faire passer la part de personnes âgées équipées de 13 % à 18 %.

Comme la réforme 100 % assure la gratuité complète de certains de ces soins, on peut penser que le renoncement diminuera de façon très significative.

Un panier 100 % santé de bonne qualité

Le panier de soin 100 % santé est jugé de bonne qualité par les professionnels : nous sommes loin de l'image stéréotypée de l'ancienne lunette « sécu ».

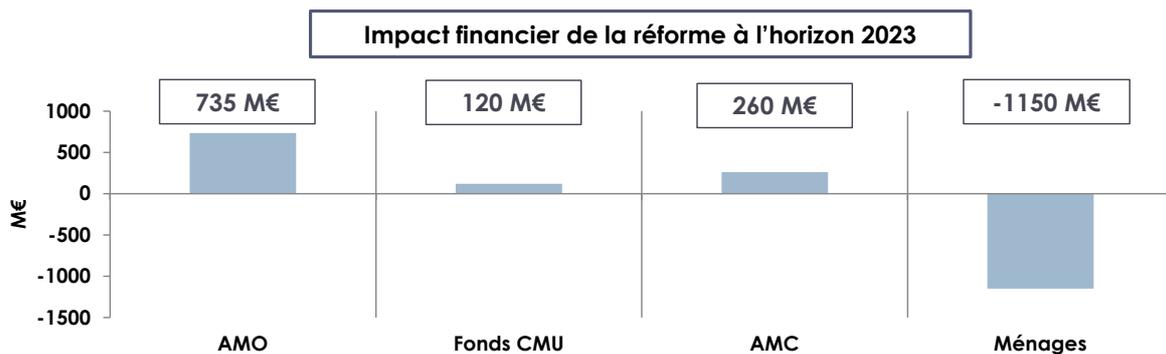
Si la réforme instaure une classe de biens 100 % santé (classe I) de qualité et aux tarifs très encadrés, elle laisse ouverte la liberté de choix sur une autre partie du marché (classe II) nettement moins encadrée⁸.

Équilibre global de la réforme

L'accès à un panier de soins de qualité (100 % santé) sans reste à charge pour un plus grand nombre de personnes a évidemment un coût pour l'assurance maladie et les complémentaires.

Le tableau ci-dessous situe, selon la direction de la Sécurité sociale, les impacts de la réforme :

⁸ Les syndicats insistent sur la nécessité de conserver la liberté de choix entre le panier du « 100% santé » très réglementé et l'autre classe de biens, moins réglementée, ainsi que sur une vigilance soutenue apportée à la qualité effective de l'offre 100% santé (voir avis).



Source : direction de la Sécurité sociale (DSS)

La part des produits 100 % santé a vocation à progresser significativement dans le panier de consommation effectif des assurés. Pour éviter qu'une partie de ce coût ne se répercute sur les primes des complémentaires santé la réforme prévoit, toujours selon la DSS, diverses mesures dont une mise en œuvre de plafonnements tarifaires et un échelonnement de la mise en œuvre permettant d'atteindre un équilibre économique pour toutes les parties prenantes.

Le 100 % santé fera baisser les plus gros restes à charge chez les personnes âgées

Pour les personnes consommant des soins du 100 % santé, la baisse du RAC sera significative.

Tableau 4. RAC après AMC chez les personnes âgées de plus de 60 ans avant et après le 100 % santé

En €/an	Optique	Dentaire	Prothèses audio
RAC moyen sur le 100 % santé	0	0	0
RAC moyen avant 100 % santé	108	88	Nd.
RAC des 10 % plus gros consommateurs effectifs dans le soin considéré (sur échantillon mutualiste) ⁹ en population générale et pour les bénéficiaires de l'ACS	300	682 (2) et 294 (pour les bénéficiaires actuels ACS)	1400 (1) et 500 (pour les bénéficiaires actuels ACS)

(1) Sur les 2 % plus gros consommateurs, sachant qu'un appareil coûte en moyenne 1 500 € pour une oreille avant remboursement et qu'il reste en moyenne 850 € à la charge de l'assuré après remboursement de l'AMO et de l'AMC.

(2) Entre 70 et 75 ans, sachant que par exemple le RAC après AMC d'une couronne céramique est de 195 €.

IV. L'APPORT DE LA COUVERTURE SANTE SOLIDAIRE (CSS) POUR LES PERSONNES AGEES

La complémentaire santé solidaire (CSS) remplace les actuels dispositifs de CMU-C et de l'ACS.

La réforme n'emporte pas de changement de logique pour les bénéficiaires actuels de la CMU-C qui reste un dispositif non contributif.

⁹ Source : système national de données mutualistes, FNMF et FAR, voir annexe 1.

Elle devrait améliorer la situation des actuels bénéficiaires de l'ACS, marquée par un fort taux de non-recours (voisin de 50 %) et des restes à charge significatifs. Désormais, le bénéficiaire accède directement à un panier de soins commun élargi, qui, outre les remboursements des soins de base (consultations hospitalisations, analyses médicales et médicaments) intègre les acquis du panier de biens 100 % santé.

Un élargissement potentiel des publics notamment chez les retraités

La population ciblée est certes la même que dans le système précédent (les plafonds de revenus sont ceux de l'ancienne CMU-C et ACS¹⁰). Mais c'est l'abaissement du taux de non recours qui est attendu, grâce à la simplification de l'offre, l'amélioration du panier de soins et la fixation de la cotisation à un niveau modéré pour les bénéficiaires de la CSS-contributive.

Selon les estimations gouvernementales, les effectifs de la CSS devraient se situer entre 9 et 11 millions de personnes. Le taux de recours augmenterait donc de l'ordre de 40 %. La CSS concernerait près de 15 % de la population française.

Tableau 5. Les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et la cible de la CSS

	CMU-C (1)	ACS (2)	CSS (visé)
Nb bénéficiaires en millions (France entière)	5,8	1,3	10
Taux de recours en métropole	66 %	41 % à 59 %	Plus de 90 %
Nombre d'éligibles théoriques en millions	7 à 8	2 à 3	9 à 11

(1) En 2019¹¹.

(2) le nombre de personnes couvertes à fin juin 2019 était de 1,3 millions¹².

La CSS devrait concerner un nombre significatif de personnes retraitées. Dans le champ des ménages ordinaires, les estimations disponibles tablent sur **1 à 1,4 million de personnes de 60 ans et plus**, qui seraient éligibles à la CSS. Le taux de personnes éligibles se situerait dans cette hypothèse entre 5,6 et 7,9 % des 17,8 millions de français âgés de plus de 60 ans. Mais il reste des incertitudes sur l'éligibilité des personnes âgées à la CSS, qui pourrait être plus forte¹³.

La cotisation de la couverture complémentaire augmenterait dans certaines situations, mais les ménages auraient accès à un meilleur panier de soins

La cotisation à la CSS pour la population ex-ACS augmente avec l'âge (passant de 96 € pour les plus jeunes à 360 € au-delà de 70 ans).

Elle se compare comme suit aux coûts d'une complémentaire ACS actuelle (cotisation nette du chèque santé) qui varient avec le type de contrat (3 types de contrats ACS étaient proposés).

Tableau 6. La cotisation de la CSS-contributive et les cotisations de complémentaire nettes du chèque santé pour les bénéficiaires âgés de plus de 60 ans

¹⁰ Annexe 3.

¹¹ La complémentaire santé, Panorama Drees 2019, et pour le taux de recours données 2017 selon rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, fonds CMU, décembre 2019.

¹² Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, novembre 2018 – fonds CSS.

¹³ De son côté le Credoc estime dans son rapport pour le fonds CSS sur la population des éligibles de 15 ans ou plus, à 31 % la part des personnes âgées de 60 ans et plus parmi les éligibles à la CMU-C et l'ACS (Fonds CMU 2019, p. 10), ce qui ferait plutôt près de 2,8 millions de personnes.

	Cotisation annuelle CSS en €	Cotisation moyenne nette du chèque santé		
		Contrat A.	Contrat B	Contrat. C
60-69 ans	300	38	153	271
70-79 ans	360	158	294	380
80-89 ans		315	453	505
90 ans et +		360	458	502

Pour les personnes de 60/69 ans, la cotisation CSS sera supérieure au coût moyen de la complémentaire actuelle pour tous les types de contrats. Mais le panier de biens couvert sera de bien meilleure qualité.

À partir de 70 ans, le coût de la CSS sera inférieur aux coûts moyens des contrats C de l'ACS (qui sont les contrats ACS aux plus fortes garanties).

Selon le fonds CSS le passage à la complémentaire santé solidaire se traduirait par une hausse de coût pour 56 % des anciens bénéficiaires de l'ACS de plus de 60 ans (78 % pour les contrats A, 64 % pour les contrats B et 41% pour les contrats C).

Un coût global (cotisation + RAC) abaissé par rapport au dispositif précédent en cas de consommation dans l'année d'un bien du panier 100 % santé

Parmi les personnes âgées éligibles, il convient de distinguer **trois sous-populations** :

(i) les allocataires de l'ACS

Pour eux, le bilan s'analyse en gain éventuel de couverture et en variation entre la cotisation actuelle nette du chèque ACS et la cotisation nouvelle.

Compte-tenu des actuels RAC observés, l'accès au 100 % santé permettra, dès consommation d'un bien en audiologie, prothèse dentaire ou optique, d'absorber les éventuels surcoûts de cotisation à partir de 70 ans. Le surcoût par rapport à un contrat C entre 60 à 69 ans (29 € par an) sera également immédiatement absorbé par le meilleur remboursement pour une consommation du panier 100 % santé.

Toutefois pour les personnes âgées qui seraient déjà stabilisées en termes d'équipements, notamment après 80 ans, et qui pouvaient opter pour un contrat A, le bilan sera négatif.

(ii) Personnes n'ayant pas recours à la CMU-C ou à l'ACS, mais ayant néanmoins une couverture complémentaire

Nous ne disposons pas d'éléments sur la couverture complémentaire des personnes éligibles qui n'ont pas recours à la CMUC ou l'ACS.

Nombre d'entre eux auraient intérêt à quitter leur couverture actuelle pour souscrire un contrat de Complémentaire santé solidaire qui leur assurerait un gain en termes de niveau de garanties et de cotisations. Selon une contribution de la FFSA pour le HCFEA, le tarif d'un contrat équivalent au panier CSS (dans la sphère de l'assurance privée) peut être estimé à 2,25 fois les tarifs officiels du contrat CSS.

(iii) personnes âgées sans couverture complémentaire : environ 3 % des 60 et + selon la Drees.

Nous ne disposons pas de données pour identifier celles qui seraient éligibles à la couverture solidaire (effectifs trop faibles dans les enquêtes en population générale).

V. LES PISTES D'AMELIORATION DU TAUX DE RECOURS PAR L'INFORMATION ET GESTION DE LA CSS

De nombreux dispositifs de communication et d'information des personnes potentiellement éligibles à la CSS existent, en particulier pour les bénéficiaires du RSA (rendez-vous des droits Cnaf et courrier Cnam) et de l'Aspa (envoi d'un courrier informant de l'éligibilité potentielle) ou plus généralement de tous les publics vulnérables dans le cadre de l'accompagnement pour l'accès aux soins (CPam, Carsat, départements, associations, etc.).

Peut-on faire mieux pour les bénéficiaires de l'Aspa et de l'APA, dont des institutions publiques connaissent les revenus, ce qui pourrait les mettre à même de gérer leur accès à la CSS ?

1) On devrait étudier sur échantillon la part d'allocataires de ces prestations qui ne bénéficient pas de la CSS alors qu'ils y sont éligibles.

2) Les allocataires de l'Aspa sont, compte tenu de leurs ressources, « normalement » éligibles à la CSS-contributive.

Il faudrait étudier combien d'entre eux seraient exclus au titre des autres conditions d'octroi de la CSS (conditions de résidence, spécificités de l'assiette, période de référence des ressources).

Il est probable que l'effectif de ces exclus sera minime.

3) Les départements qui gèrent l'APA connaissent les ressources de leurs allocataires. Ils peuvent sélectionner ceux d'entre eux dont les ressources sont inférieures aux plafonds de la CSS et de la CSS contributive. Ils peuvent ensuite étudier combien d'entre eux seraient exclus au titre des autres conditions d'octroi de la CSS.

4) Une fois ces études menées, deux stratégies d'aide à l'accès sont concevables.

Première stratégie : Les Carsat et les départements mettent en place une action d'information sur la CSS.

Seconde stratégie : les Carsat et les départements gèrent les dossiers d'ouverture et de renouvellement de la CSS. Cette stratégie serait pertinente s'il apparaît que l'écart entre les allocataires « repérés » au vu de leurs ressources et les allocataires juridiquement éligibles est faible. Dans ce cas, on peut ouvrir le droit au seul vu des ressources en « ignorant » les éléments susceptibles de justifier le refus du droit (notamment les règles d'assiette ressources). La CSS serait ouverte par dérogation aux règles actuelles. Reste à déterminer si cette dérogation – qui fait une entorse au principe d'égalité – est juridiquement admissible compte tenu de l'intérêt d'améliorer le taux de recours à la CSS.

Une approche similaire devrait être adoptée pour le renouvellement annuel du droit à la CSS. Un renouvellement automatique est vraisemblablement crédible compte tenu de la relative stabilité des ressources des personnes concernées. C'est d'ailleurs l'option qui a été retenue pour les allocataires de l'Aspa.

Annexes

Annexe 1

Les profils de consommation des ménages âgés pour les plus gros consommateurs

(sur la base d'une contribution de la FMNF pour le HCFEA à partir de l'échantillon mutualiste¹⁴ : population âgée de plus de 60 ans et présente toute l'année 2018.)

La moyenne des RAC cache des disparités. Par exemple, si l'on s'intéresse aux 10 % les plus gros consommateurs, on observe, sur un échantillon mutualiste (non représentatif de la France entière), qu'à partir de 75 ans, les trois principaux postes en termes de dépenses individuelles sont le dentaire, l'audiologie et l'hôpital¹⁵. À l'hôpital¹⁶, les gros restes à charge proviennent notamment des dépassements d'honoraires qui relèvent d'une problématique plus large de maîtrise des dépenses et d'évolution de l'hôpital public que nous n'abordons pas dans cette note.

Répartition par tranche d'âge et par poste du reste à charge moyen des 10 % de personnes dont le reste à charge est le plus élevé

Tranche d'âge	60 - 64 ans	65 - 69 ans	70 - 74 ans	75 - 79 ans	80 - 84 ans	85 - 89 ans	90 + ans
RAC MOYEN	1 176 €	1 256 €	1 335 €	1 664 €	1 374 €	1 375 €	1 427 €
RAC DENTAIRE	686 €	703 €	682 €	640 €	513 €	406 €	300 €
RAC HOPITAL	64 €	62 €	51 €	348 €	127 €	200 €	242 €
RAC OPTIQUE	137 €	134 €	143 €	119 €	119 €	100 €	77 €
RAC PHARMACIE	6 €	7 €	10 €	13 €	13 €	8 €	14 €
RAC HONORAIRE MEDICAUX , auxiliaires médicaux et radiologie	71 €	90 €	85 €	112 €	82 €	56 €	72 €
RAC CURE THERMALE	70 €	90 €	75 €	38 €	22 €	10 €	0 €
RAC LPP AUDIO	107 €	139 €	251 €	362 €	462 €	573 €	707 €
Autre	37 €	29 €	38 €	30 €	35 €	24 €	15 €

Lecture : parmi les 60-64 ans qui font partie des 10 % de la population dont le reste à charge est le plus élevé, le poste dentaire représente 686€ du reste à charge moyen.

En grisé : les trois postes principaux.

Source : FMNF pour HCFEA.

En revanche, sur ce même échantillon, pour les ménages modestes actuellement à l'ACS, la répartition diffère notamment sur l'hôpital dont le RAC est faible. Ce sont bien aujourd'hui les trois postes de dentaire, d'optique et d'audiologie qui génèrent les plus gros restes à charge.

¹⁴ * Le SNDM est une base de données qui est un échantillon de la population mutualiste

Répartition par tranche d'âge et par poste du reste à charge moyen des 10 % de personnes dont le reste à charge est le plus élevé parmi les bénéficiaires de l'ACS

Tranche d'âge	60 - 64 ans	65 - 69 ans	70 - 74 ans	75 - 79 ans	80 -84 ans	85 -89 ans	90 ans +
RAC MOYEN	544 €	547 €	611 €	615 €	706 €	719 €	806 €
RAC DENTAIRE	296 €	283 €	294 €	259 €	219 €	199 €	186 €
RAC HOPITAL	14 €	7 €	9 €	11 €	12 €	17 €	49 €
RAC OPTIQUE	131 €	130 €	133 €	132 €	139 €	137 €	100 €
RAC PHARMACIE	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 €	0 €
RAC HONORAIRE MEDICAUX , auxiliaires médicaux et radiologie	8 €	9 €	9 €	12 €	11 €	10 €	11 €
RAC LPP AUDIO	65 €	83 €	124 €	161 €	267 €	309 €	392 €
RAC AUTRE	30 €	33 €	33 €	37 €	54 €	42 €	61 €

Lecture : parmi les 60-64 ans qui font partie des 10 % de la population dont le reste à charge chez les bénéficiaires de l'ACS est le plus élevé, le poste dentaire représente 296€ du reste à charge moyen.

En grisé : les trois postes principaux.

Source : FMNF pour HCFEA.

Annexe 2

Contribution du fonds de la Complémentaire santé solidaire pour le HCFEA

Le calcul des restes à charge est fondé sur la consommation moyenne d'une personne ayant reçu des soins sur un poste donné au cours de l'année 2018. Cette consommation moyenne peut varier selon le niveau de garantie du contrat (A, B ou C), compte tenu des différences de structure d'âge et de besoin de santé des personnes couvertes. Chaque sous-poste regroupe des prestations différentes dont les prix peuvent varier fortement. C'est par exemple le cas des prothèses dentaires et de l'audioprothèse.

L'analyse est établie dans la limite des données disponibles. L'exhaustivité des dépenses n'est pas toujours assurée sur l'ensemble des postes de soins. Si les organismes complémentaires (OC) connaissent bien les dépenses de part complémentaire qu'ils remboursent, il arrive que certains ne disposent pas du montant précis de la dépense totale des soins et donc du reste à charge, en particulier pour l'hôpital. En outre, la dépense ne reflète pas la totalité des soins administrés aux bénéficiaires de l'ACS, puisqu'elle ne tient pas compte des soins qui ne sont pas pris en charge par les OC : les médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale, les soins remboursés à 100 % (ALD, maternité), ceux ne faisant l'objet d'aucune prise en charge. Mais les résultats sont instructifs et permettent d'avoir une vision globale des restes à charge pour les bénéficiaires de l'ACS. Surtout, il s'agit des restes à charge réels après intervention de l'assurance maladie obligatoire et intervention de l'organisme complémentaire, donnée généralement non disponible.

■ Tableau 3 – Reste à charge annuel par consommant sur les soins dentaires

		Contrat A	Contrat B	Contrat C
Soins dentaires curatifs	60 - 69 ans	3 €	3 €	3 €
	70 - 79 ans	6 €	5 €	3 €
	80 - 89 ans	6 €	9 €	12 €
	90 ans et plus	13 €	9 €	10 €
	Tous âges	2 €	2 €	2 €
Prothèses dentaires	60 - 69 ans	384 €	276 €	217 €
	70 - 79 ans	414 €	277 €	204 €
	80 - 89 ans	393 €	281 €	198 €
	90 ans et plus	306 €	213 €	172 €
	Tous âges	373 €	258 €	206 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 – Traitement par le fonds de la Complémentaire santé solidaire

Tableau reste à charge annuel par consommant sur les équipements d'optique

		Contrat A	Contrat B	Contrat C
Montures	60 - 69 ans	69 €	31 €	28 €
	70 - 79 ans	78 €	36 €	29 €
	80 - 89 ans	106 €	45 €	32 €
	90 ans et plus	120 €	45 €	34 €
	Tous âges	67 €	34 €	29 €
Verres simples	60 - 69 ans	120 €	47 €	67 €
	70 - 79 ans	131 €	50 €	59 €
	80 - 89 ans	141 €	56 €	74 €
	90 ans et plus	118 €	57 €	63 €
	Tous âges	89 €	40 €	44 €
Verres complexes	60 - 69 ans	203 €	84 €	68 €
	70 - 79 ans	215 €	102 €	75 €
	80 - 89 ans	270 €	124 €	94 €
	90 ans et plus	256 €	135 €	102 €
	Tous âges	191 €	87 €	64 €

Source : 9 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 – Traitement par le fonds de la Complémentaire santé solidaire

Les personnes souhaitant s'équiper en audioprothèse ont plutôt tendance à recourir au contrat C. Toutefois, les restes à charge importants pour les contrats A et B montrent des bénéficiaires des contrats A et B se sont tout de même équipés. Globalement, les restes à charges sont assez similaires selon les trois contrats mais pour une dépense globale observées bien supérieures pour les contrats C.

		Contrat A	Contrat B	Contrat C
Audioprothèses	60 - 69 ans	597 €	629 €	560 €
	70 - 79 ans	584 €	675 €	550 €
	80 - 89 ans	590 €	552 €	552 €
	90 ans et plus	398 €	507 €	359 €
	Tous âges	533 €	586 €	535 €

Source : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 – Traitement par le fonds de la Complémentaire santé solidaire

Annexe 3

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, en France métropolitaine, applicables au 1^{er} novembre 2019

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE
1 personne	8 951 €	12 084 €
2 personnes	13 426 €	18 126 €
3 personnes	16 112 €	21 751 €
4 personnes	18 797 €	25 376 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 580,38 €	+ 4 833,52 €

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, dans les départements d'Outre-mer (hors Mayotte), applicables au 1^{er} novembre 2019

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE
1 personne	9 952 €	13 449 €
2 personnes	14 944 €	20 174 €
3 personnes	17 932 €	24 209 €
4 personnes	20 921 €	28 243 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 984,97 €	+ 5 379,71 €

* Chiffres Dress

Annexe 4

Population par sexe et groupe d'âges en 2020 : effectifs

Groupe d'âges	Femmes	Hommes	Total
Moins de 15 ans	5 844 766	6 098 981	11 943 747
15-19 ans	2 016 553	2 124 443	4 140 996
20-24 ans	1 855 071	1 902 411	3 757 482
25-29 ans	1 878 646	1 834 780	3 713 426
30-34 ans	2 089 885	1 966 584	4 056 469
35-39 ans	2 172 569	2 059 219	4 231 788
40-44 ans	2 070 453	2 001 773	4 072 226
45-49 ans	2 280 214	2 232 009	4 512 223
50-54 ans	2 250 011	2 175 719	4 425 730
55-59 ans	2 240 531	2 118 845	4 359 376
60-64 ans	2 144 974	1 954 688	4 099 662
65-69 ans	2 062 450	1 837 494	3 899 944
70-74 ans	1 866 576	1 610 522	3 477 098
75 ans ou plus	3 893 825	2 479 711	6 373 536
Total	34 666 524	32 397 179	67 063 703

Note : âge au 1^{er} janvier.

Champ : France y compris Mayotte.

Source : Insee, estimations de population (données provisoires arrêtées à fin 2019).

Annexe 5

Exemple d'amortissement du surcoût dans le cas d'une consommation en optique

	RAC + RAP (contrat A)	RAC + RAP (contrat C)	RAC + cotisation CSS
Pour une consommation optique à 70 ans – 79 ans	464	833	360

Exemple d'amortissement du surcoût dans le cas d'une consommation en prothèse dentaire

	RAC + RAP (contrat A)	RAC + RAP (contrat C)	RAC + cotisation CSS (1)
Pour une consommation prothèse dentaire à 70 ans	629	681	360

RAP : 158 sur un contrat A/380 pour un contrat C.

(1) pour une consommation sur le panier 100 % santé ; en affectant le coût du RAP à cette unique consommation.

Source : HCFEA à partir de cas type fonds CSS 2018 p.72, 73 pour les deux premières colonnes.

Tableau 19 – Cas-type 3 : Participation globale en santé pour un couple de personnes âgées dont l'une s'équipe en audioprothèses

		CSS	C
Audioprothèses pour 2 oreilles Niveau I ou II	Prix de l'équipement	1 600 €	3 120 €
	Prise en charge totale (AMO + AMC)	1 600 €	1 600 €
	RAC (1)	0 €	1 520 €
Participation CSS ou RAP ACS (2)		720 €	784 €
Participation globale en santé (1)+(2)		720 €	2 304 €
Gain CSS sur participation globale en santé		1 584 €	

Nota : Le montant de l'équipement est plafonné pour une personne couverte par la Complémentaire santé solidaire. Par hypothèse, il n'y a pas de montant maximum autorisé pour l'optique des bénéficiaires de l'ACS contrairement à la Complémentaire santé solidaire. Le prix correspond au prix moyen du marché en 2016 (DREES, La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019)

Source RAP ACS : 11 groupements gestionnaires de l'ACS - Enquête annuelle sur l'ACS 2018 - contrat couvrant une personne aux 31 décembre 2018

Source : Cas type fonds CSS, décembre 2019.