



# ÉTUDES et RÉSULTATS

février 2022  
n° 1220

## L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu

L'assurance maladie publique, ou assurance maladie obligatoire (AMO), est un vecteur majeur de réduction des inégalités. Ses prestations, qui s'ajoutent au revenu disponible, représentent l'équivalent de 40 % de celui des 20 % des ménages les plus modestes. Mais si ces derniers reçoivent des montants de remboursements de frais de santé supérieurs à ceux reçus par les plus aisés, cela est surtout dû à un état de santé plus dégradé de cette partie de la population. Dans une moindre mesure, les inégalités sont aussi réduites par le mode de financement progressif de l'assurance maladie publique. Les montants des cotisations des 10 % les plus aisés sont ainsi plus de 14 fois supérieurs à ceux des 10 % les plus modestes – soit un ratio du même ordre de grandeur que les écarts de revenus initiaux.

Les primes et restes à charge après assurance maladie complémentaire augmentent avec le niveau de vie. Les ménages les plus aisés consomment en effet davantage de soins avec liberté tarifaire, moins bien pris en charge par l'AMO : 650 euros par ménage et par an, contre 420 euros pour les plus modestes. Ils souscrivent également des assurances maladie complémentaires plus onéreuses. Malgré cela, ces dépenses de santé après AMO pèsent davantage en proportion dans le revenu des ménages les plus modestes, notamment dans celui des retraités.

Mathieu Fouquet, Catherine Pollak (DREES)

Les dépenses de santé, au sens de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), représentent en France 8,7 % du produit intérieur brut (PIB) en 2017 (Gonzalez, *et al.*, 2018). Le système d'assurance maladie publique, qui prend en charge 77,8 % de ces dépenses, est établi sur les principes suivants : un financement fondé sur les revenus (« de chacun selon ses moyens ») et des prestations universelles différenciées selon les soins et les patients (« à chacun selon ses besoins »). Il en résulte deux types de redistribution : une horizontale, entre malades et bien-portants ; et une verticale, des plus aisés vers les plus modestes. Gérée par des acteurs privés, l'assurance maladie complémentaire (AMC) finance pour sa part 13,2 % des dépenses. Elle offre des prestations contributives, c'est-à-dire des remboursements en contrepartie de cotisations (ou primes). Celles-ci sont liées au

niveau de couverture de la garantie souscrite et, partiellement, au risque maladie. Plus précisément, les contrats d'entreprise, obligatoires pour les salariés du secteur privé, effectuent une mutualisation entre les salariés d'un même établissement (et leurs ayants droit). Quant aux contrats individuels facultatifs destinés au reste de la population, ils pratiquent majoritairement une tarification différenciée selon l'âge et opèrent donc uniquement une mutualisation entre malades et bien-portants au sein d'une même classe d'âge. Enfin, bien que les restes à charge des ménages, proportionnellement à la dépense de santé, soient en moyenne parmi les plus faibles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [7,5 % en 2017], ils peuvent parfois atteindre des niveaux élevés en fonction des besoins et des recours aux soins et pèsent ainsi inégalement sur les revenus des ménages. ●●●

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

- Le modèle Ines-Omar développé par la DREES permet d'étudier le poids des composantes publique et privée du système d'assurance maladie (cotisations et remboursements) au regard du revenu des ménages (**encadré 1**). La dernière version du modèle, portant sur l'année 2017, permet de dresser un bilan redistributif après la généralisation effective de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, mais avant l'introduction progressive de la réforme dite du « 100 % santé ». Cette réédition présente de nombreuses améliorations par rapport à la précédente (année 2012) [Fouquet, 2021].

## Les prestations de l'assurance maladie publique sont plus élevées parmi les ménages modestes

L'assurance maladie publique, aussi appelée assurance maladie obligatoire (AMO), prend en charge en moyenne plus de 5 000 euros de frais de santé par ménage et par an au titre des remboursements de soins. Ces prestations sont plus élevées dans les milieux modestes : 6 000 euros en moyenne au sein des 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> dixièmes de niveau de vie<sup>1</sup>, contre 4 400 euros au sein du 10<sup>e</sup> dixième (**graphique 1**). Malgré l'existence de barrières d'accès aux soins pour raisons financières (Lapinte, 2018), ce surcroît de montants pris en charge pour les ménages modestes (notamment à l'hôpital) s'explique d'abord par leur état de santé, en moyenne plus dégradé. Parmi les personnes du 2<sup>e</sup> au 3<sup>e</sup> dixième de niveau de

vie, un cinquième ont plus de 65 ans (contre 18 % dans l'ensemble de la population), plus de 18 % se déclarent en affection de longue durée (ALD) [contre 16 % dans l'ensemble de la population] et plus de 9 % se déclarent en mauvaise ou en très mauvaise santé (contre 7 % dans l'ensemble de la population) [**tableau complémentaire A2**]. En revanche, les prestations sont plus faibles dans le 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie : 4 400 euros par ménage en moyenne. Cet écart important avec les dixièmes immédiatement supérieurs s'explique par un effet d'âge : les 10 % les plus modestes sont plus jeunes que le reste de la population (seuls 7 % d'entre eux ont plus de 65 ans). Leurs besoins de soins sont donc en moyenne plus faibles que ceux des groupes aux revenus un peu plus élevés, bien qu'ils restent en moins bonne santé à âge donné que la population dans son ensemble. En décomposant les effets susceptibles d'expliquer les écarts de remboursements AMO perçus entre dixièmes de niveau de vie, on observe ainsi que ces écarts proviennent pour l'essentiel de différences d'âge, de statut ALD et plus généralement d'état de santé (**encadré 2**). Par ailleurs, les inégalités sociales d'accès aux soins, notamment pour raisons financières, peuvent également expliquer une moindre consommation de soins par les plus modestes. À caractéristiques individuelles et état de santé comparables, le risque de renoncer à des soins est en effet 1,6 fois plus élevé pour les personnes en situation de pauvreté monétaire

### Encadré 1 Le modèle Ines-Omar 2017

Outil de microsimulation développé par la DREES, le modèle Ines-Omar permet d'étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie français et de l'ensemble de ses composantes (assurances publique et privée, et restes à charge des ménages). Le modèle Omar permet de simuler et d'analyser les remboursements versés et les cotisations perçues par les complémentaires santé selon l'âge et le niveau de vie des bénéficiaires des contrats. L'édition 2017 est centrée sur l'enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017 de l'Insee, qui comptabilise 25 000 individus représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine. Le module complémentaire de l'enquête donne de précieuses informations sur la couverture complémentaire, l'état de santé et les conditions de vie de la population.

#### Sources et champ

Les dépenses de santé et les remboursements versés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) pseudo-appariés à SRCV sont issus de l'enquête Santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 et du Système national des données de santé (SNDS). Le champ de ces données recouvre l'ensemble des dépenses présentées au remboursement pour des soins en ville ou à l'hôpital, hors établissements médico-sociaux et dépenses non remboursables par l'AMO (chambre particulière et automédication notamment).

En fonction des éléments déclarés, les individus de l'enquête SRCV se voient attribuer un contrat de complémentaire santé sélectionné parmi les 500 contrats de l'enquête de la DREES sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits en 2016. Il est alors possible de simuler finement les remboursements versés par ce contrat pour une consommation de soins donnée et d'estimer la cotisation due selon les caractéristiques du souscripteur. Enfin, le pseudo-appariement d'Omar avec le modèle de microsimulation Ines permet de connaître la contribution des ménages au financement de l'AMO. Des éléments méthodologiques détaillés sur le modèle Ines-Omar 2017 sont fournis dans le guide méthodologique du modèle (Fouquet, 2021).

#### Des évolutions méthodologiques majeures entre deux éditions

Par rapport au modèle Ines-Omar 2012, plusieurs différences importantes sont à relever. Les plus notables concernent l'extension

des données sur l'hôpital. Le champ des dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) est élargi, en incluant la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD). Par ailleurs, les sources de financement de l'AMO sont étendues à la part de la taxation indirecte qui contribue au financement de l'Assurance maladie. Grâce à une connaissance plus fine des données de santé, il est possible d'estimer de façon plus détaillée les remboursements d'assurance maladie complémentaire (AMC). La déclaration du montant de la prime versée par les participants à l'enquête SRCV 2017 permet d'améliorer l'imputation d'une qualité de contrat de complémentaire santé. En effet, en tenant compte non seulement du type de contrat (individuel ou d'entreprise) et des spécificités des contrats individuels (réservés aux fonctionnaires, aux indépendants ou aux retraités), mais aussi du montant de la prime, cette imputation permet de mieux rendre compte de la corrélation entre qualité de couverture et niveau de vie.

Enfin, les prestations AMO sont calées sur les montants des prestations issues du SNDS en 2017. Les prestations AMC sont ainsi simulées uniquement sur le champ des prestations remboursables. La cohérence de champ entre les sommes versées par l'AMC et les cotisations de l'AMC est obtenue par un calage des primes. Ce calage vise à garantir que le ratio entre prestations AMC et primes AMC correspondent aux données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) [Adjerad, 2018].

Ce modèle de microsimulation cherche à donner, à chaque édition, l'état des lieux le plus complet possible de la distribution des dépenses de santé dans la population française. Des changements méthodologiques importants sont mis en œuvre entre chaque édition, grâce à l'enrichissement des sources à disposition et à la sophistication des méthodes d'imputation. C'est pourquoi une rétopulation est impossible : les données antérieures ne peuvent pas être recalculées selon la méthodologie la plus récente. Le modèle n'est donc pas adapté à des analyses en évolution et les comparaisons avec les résultats de 2012 requièrent la plus grande prudence.

1. Le 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie correspond aux 10 % de ménages les plus modestes, le 10<sup>e</sup> dixième aux 10 % de ménages les plus aisés, etc. Le niveau de vie se définit comme le revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation.

2. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude sur le site internet de la DREES.

et 3,2 fois plus élevé pour celles qui sont pauvres en conditions de vie<sup>3</sup> (Lapinte, Legendre, 2021).

Les dépenses prises en charge par l'AMO au titre des soins hospitaliers varient davantage selon le niveau de vie que les prestations de soins ambulatoires. La prise en charge des frais de séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) atteint 2 300 euros par an pour les ménages du 2<sup>e</sup> dixième au 4<sup>e</sup> dixième, contre 2 000 euros en moyenne. L'élargissement au champ hospitalier complet, intégrant ainsi la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD), permet d'observer que ces disciplines concernent surtout les ménages modestes. Les dépenses de l'assurance publique associées aux séjours en SSR, lesquelles concernent au premier chef les personnes âgées (Adjerad et Courtejoie, 2021), s'avèrent plus élevées dans les quatre premiers dixièmes de niveau de vie. Les dépenses en psychiatrie sont également nettement plus importantes dans les trois premiers dixièmes de niveau de vie. Il s'agit d'ailleurs d'une discipline hospitalière prenant en charge majoritairement une population jeune, laquelle est surreprésentée parmi les ménages les plus modestes (les 17-30 ans représentent plus d'un quart des personnes du 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie, contre 16 % dans l'ensemble de la population).

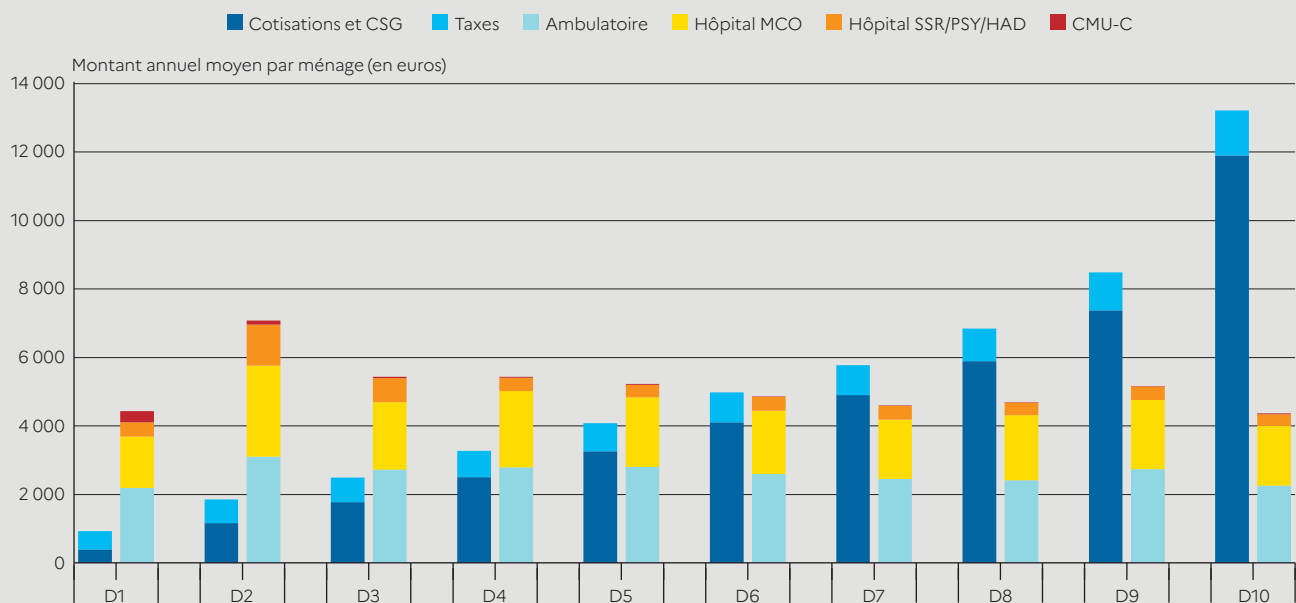
## Un financement de l'assurance maladie publique progressif, sauf pour les taxes

Le financement de l'assurance maladie publique repose principalement sur des parts affectées de la contribution sociale généralisée

(CSG) et sur les cotisations sociales patronales et salariales<sup>4</sup>. Ce financement est progressif, c'est-à-dire qu'il représente une fraction croissante du revenu à mesure que le niveau de vie s'élève. D'une part, des taux différenciés de CSG sont appliqués selon la nature des revenus : ils sont plus élevés sur les revenus du patrimoine que sur les revenus d'activité et plus faibles pour les allocations chômage et certains autres revenus de remplacement (faibles retraites). D'autre part, certains ménages modestes, comme les bénéficiaires de minima sociaux et les retraités modestes, sont exonérés de CSG. Les cotisations sociales contribuent également à la progressivité du financement, notamment en raison d'un nombre plus restreint de personnes qui y sont soumises parmi les ménages modestes – où moins de personnes occupent un emploi – et des allègements de cotisations salariales sur les bas salaires.

Cependant, en 2017, 15 % du financement de la branche maladie de la Sécurité sociale provient de taxes : taxe sur la valeur ajoutée (TVA), taxes sur le tabac et sur l'alcool en premier lieu, mais également taxe de solidarité additionnelle sur les contrats de complémentaire santé (TSA), taxe sur la vente de médicaments et taxe sur les salaires. Hormis la TSA – déjà prise en compte dans l'édition précédente –, ces prélèvements ont été nouvellement intégrés dans le modèle Ines-Omar grâce au module de taxation indirecte du modèle Ines (André, *et al.*, 2016). Ont également été intégrés la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et les transferts depuis la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Dans l'ensemble, le financement par taxation indirecte nouvellement pris en compte s'avère

**Graphique 1** Financement et prestations de l'assurance maladie obligatoire selon le niveau de vie



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

**Notes** > Les prestations en ambulatoire et à l'hôpital correspondent aux prestations en nature individualisables prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Elles peuvent être remboursées aux ménages ou versées directement aux prestataires au titre de ces soins. Les prestations au titre de la CMU-C (aujourd'hui remplacée par la CSS) correspondent à la partie complémentaire des soins financée par la CMU-C et dont les bénéficiaires sont exemptés (ticket modérateur).

**Lecture** > Les ménages du 5<sup>e</sup> dixième de niveau de vie (D5) perçoivent en moyenne 2 803 euros de prestations de l'AMO par an en ambulatoire et 2 403 euros au titre des soins hospitaliers et financent en moyenne l'AMO de 3 257 euros par an via leurs cotisations sociales et de 830 euros via des taxes.

**Champ** > Ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source** > DREES, Ines-Omar 2017.

> Études et Résultats n° 1220 © DREES

3. La pauvreté monétaire se définit par un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian. La pauvreté en conditions de vie se mesure à partir d'une trentaine de questions concernant l'insuffisance des ressources, des privations matérielles quotidiennes et des difficultés de logement.

4. Les cotisations salariales maladie ont été supprimées en 2018. L'étude porte sur 2017, donc avant leur suppression, qui a été compensée par une hausse des parts affectées de CSG et de TVA.

très régressif : sa part dans le revenu baisse à mesure que celui-ci augmente. Il représente ainsi près de 4 % du revenu du 1<sup>er</sup> dixième, contre 1 % pour le dernier dixième ; il constitue plus de la moitié des contributions au financement de l'Assurance maladie des ménages du 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie, contre 7 % de celles des 10 % les plus riches.

## Prestations et financement de l'AMO contribuent fortement à la réduction des inégalités sociales

Dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations, le système d'assurance maladie public joue un rôle majeur dans la redistribution des revenus en France. Les revenus initiaux des ménages (revenus primaires auxquels on ajoute les revenus de

### Encadré 2 Comprendre les écarts de remboursements AMO selon le niveau de vie

Les écarts de remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) selon le niveau de vie s'expliquent par plusieurs effets sous-jacents. Les remboursements AMO perçus peuvent varier, d'une part, avec l'intensité de la consommation de soins en fonction du niveau de risque lié à l'âge et à l'état de santé et, d'autre part, selon le taux de remboursement de ces dépenses de santé. Ce dernier dépend essentiellement de la présence ou non d'une affection de longue durée (ALD), du bénéficiaire ou non de la CMU-C, ainsi que du type de soins consommés. Les estimations présentées (contrefactuels) ici visent à décomposer ces différents effets selon le niveau de vie afin de permettre une meilleure compréhension des écarts observés. Cet exercice de décomposition suggère que les différences de remboursements AMO selon le niveau de vie sont avant tout liées à des différences de structure d'âge et d'état de santé, ainsi que, plus marginalement, à des différences dans les taux de remboursement.

#### Présentation des effets estimés

La situation de référence (*tableau*) correspond à celle où tous les individus percevaient exactement le même montant de remboursements AMO, indépendamment de leur âge, de leur statut ALD, de leur état de santé ou de leur niveau de vie. Dans ce cas, les écarts entre dixièmes de niveau de vie ne sont dus qu'au nombre moyen d'individus par ménage.

L'effet d'âge permet, en l'additionnant à la ligne précédente, de passer à un contrefactuel dans lequel les individus perçoivent le montant moyen de remboursements AMO de leur classe d'âge (par tranches de cinq ans), indépendamment de leur statut ALD, de leur état de santé ou de leur niveau de vie. Ce contrefactuel montre par exemple que la faible quantité de remboursements AMO perçus par le 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie s'explique avant tout par la jeunesse (« en moyenne ») des ménages les plus modestes.

Le contrefactuel de l'effet du statut ALD à âge donné permet de passer à une situation où on attribue à chaque individu le niveau moyen

de remboursements AMO dans sa tranche d'âge pour les individus avec le même statut ALD que lui, indépendamment de l'état de santé déclaré ou du niveau de vie. Cet effet prend en compte à la fois la consommation de soins plus élevée des personnes souffrant d'une ALD et le meilleur taux de remboursement dont ce dispositif permet de bénéficier.

L'effet de l'état de santé à âge et statut ALD donnés permet de passer à un contrefactuel attribuant à chaque individu le niveau moyen de remboursements AMO dans sa tranche d'âge, selon son statut ALD et selon son état de santé déclaré (très bon, bon, assez bon, mauvais ou très mauvais), mais indépendamment de son niveau de vie. Comme une part importante des écarts de consommation de soins liés à l'état de santé est capturée par les effets de l'âge et ceux du statut ALD, ce contrefactuel ne traite que des différences d'état de santé déclaré parmi les personnes ayant un même statut ALD et un même âge.

L'effet du taux de remboursement à âge, statut ALD et état de santé donnés prend en compte les différences de taux de remboursement selon le niveau de vie. Ceux-ci peuvent varier soit en raison du bénéfice de la CMU-C, laquelle prend en charge intégralement le ticket modérateur, soit en raison d'une consommation de soins plus ou moins orientée sur les mieux remboursés, notamment l'hôpital.

Une fois pris en compte l'ensemble des effets estimés, une partie résiduelle des écarts de remboursements AMO entre dixièmes de niveau de vie demeure inexpliquée. Cette part inexpliquée inclut notamment des différences de besoins de soins (santé inobservée), des différences de recours aux soins (dont le renoncement aux soins), mais également les imprécisions liées à l'échantillonnage des données d'enquête mobilisées (au moins un tiers de la part inexpliquée du 2<sup>e</sup> dixième résulte d'un niveau de consommation atypique et particulièrement élevé de quelques individus ayant répondu à l'enquête).

### Décomposition des remboursements AMO selon le niveau de vie

En euros

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Remboursement AMO moyen observé	4 441	7 084	5 443	5 435	5 224	4 814	4 602	4 687	5 161	4 363
Situation de départ : dépenses individuelles identiques	5 046	5 226	4 926	4 917	4 948	5 277	5 279	5 247	5 229	5 233
Effet d'âge	-1 438	-173	+188	+381	+311	-19	+9	+117	+244	+380
Effet d'ALD à âge donné	+237	+403	+215	+206	+260	-105	-41	-81	-419	-730
Effet d'état de santé déclaré à âge et ALD donnés	+411	+533	+315	+38	-13	-187	-221	-431	-86	-401
Effet de taux de remboursement à âge, ALD et état de santé donnés	+198	+105	-7	-59	-35	-39	-59	-48	-24	-34
Total remboursements dus à l'âge, l'ALD, l'état de santé et au taux de remboursement	4 454	6 093	5 638	5 484	5 471	4 928	4 968	4 804	4 943	4 449
Reste inexpliqué	-12	992	-194	-50	-246	-114	-364	-118	218	-86

**Lecture >** Les ménages du 9<sup>e</sup> dixième de niveau de vie (D9) reçoivent en moyenne 5 161 euros de remboursements de l'AMO par an. Si tous les individus percevaient le même montant de remboursements AMO, la moyenne par ménage s'élèverait alors à 5 229 euros pour le 9<sup>e</sup> dixième. À cela s'ajoute une répartition différente des classes d'âge, laquelle augmente en moyenne de 244 euros par an les remboursements AMO perçus par les ménages du 9<sup>e</sup> dixième.

En faisant la somme de tous les effets expliqués ici, on estime que les ménages du 9<sup>e</sup> dixième devraient percevoir en moyenne 4 943 euros de remboursements de l'AMO par an, ce qui signifie qu'ils en perçoivent en moyenne 218 euros par an de plus qui demeurent inexpliqués.

**Champ >** Ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source >** DREES, Ines-Omar 2017.

> Études et Résultats n° 1220 © DREES

remplacement – pensions de retraite, allocations chômage... – nets des cotisations qui les financent) sont affectés, d'une part, par le financement du système d'assurance maladie<sup>5</sup> et, d'autre part, par les prestations en nature perçues par les patients<sup>6</sup>. Si l'on tient compte de l'ensemble des transferts publics, qu'ils soient monétaires (impôts, taxes, prestations) ou en nature (éducation, santé, aide au logement...), l'AMO contribue à hauteur de 20 % à la réduction des inégalités<sup>7</sup>.

Cet effet redistributif de l'assurance maladie publique repose à 83 % sur les prestations, en raison de leur universalité et de leur importance dans le revenu des ménages (**tableau 1**). Elles représentent ainsi l'équivalent de près de 40 % du revenu disponible des 20 % les plus modestes (**tableau complémentaire B**). Les inégalités sociales de santé accentuent cet effet redistributif apparent : c'est notamment du fait de leur moins bon état de santé que les ménages les plus modestes perçoivent en moyenne des remboursements plus élevés que les plus aisés. Ainsi, le montant de leurs prestations serait diminué de 14 % si la probabilité d'être en ALD et plus généralement l'état de santé à âge donné était les mêmes que dans le reste de la population. Cet effet serait à l'inverse plus important encore en l'absence de barrières d'accès aux soins (Jusot, *et al.*, 2016).

Le financement contribue également, mais dans une moindre mesure, à la réduction des inégalités de niveau de vie grâce à sa progressivité. Les contributions au financement des 10 % les plus riches sont en effet plus de 14 fois supérieures à celles des 10 % les plus modestes. Mais cet écart est proche des écarts initiaux de niveaux de vie (calculés sur la base des revenus initiaux en tenant compte de la taille de chaque ménage), de sorte que la contribution du financement de l'AMO à la redistribution demeure limitée. Cette approche redistributive, qui prend pour référence la distribution initiale des niveaux de vie, complète les analyses de Jusot, *et al.* (2016) sur la solidarité du système.

### Le recours des plus aisés aux soins librement tarifés augmente leur reste à charge après AMO

Les dépenses de santé des ménages se réduisent à mesure que leur niveau de vie augmente. En outre, les ménages modestes recourent davantage aux soins les mieux remboursés, tels que l'hôpital et les soins d'auxiliaires médicaux (**tableau 2**). Les personnes en ALD, plus nombreuses parmi les ménages modestes, sont par ailleurs exonérées de ticket modérateur pour les soins liés à leur affection.

À l'inverse des dépenses de santé, le reste à charge opposable après intervention de l'AMO – c'est-à-dire le reste à charge composé des tickets modérateurs, des forfaits journaliers à l'hôpital et des participations forfaitaires et franchises – croît avec le niveau de vie. Les plus faibles restes à charge opposables dans les deux premiers dixièmes de niveau de vie sont principalement dus à l'intervention de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui prend en charge intégralement un large panier de soins. Ces dispositifs poussent à la hausse les remboursements AMO des ménages les plus modestes, à âge et état de santé donnés (**encadré 2**). En dehors de ces bénéficiaires, les restes à charge opposables augmentent peu suivant les catégories de revenu :

ils passent de 630 euros en moyenne par an pour les ménages modestes à 730 euros pour les ménages aisés.

En revanche, la consommation de soins avec liberté tarifaire s'accroît fortement avec la hausse du niveau de vie : 420 euros par ménage et par an de liberté tarifaire pour les ménages modestes, contre 650 euros pour les plus aisés. Mesurés en base de remboursement de la Sécurité sociale, les écarts de dépense soulignent principalement un écart dans la consommation de soins. D'une part, les ménages modestes bénéficient de la CMU-C et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), lesquels interdisent aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires<sup>8</sup>. D'autre part, les ménages modestes, même hors de ces deux dispositifs, ont moins recours aux postes de soins intensifs en liberté tarifaire, en particulier les soins dentaires et de spécialistes. S'y ajoute le fait que les personnes aisées recourent plus facilement à de la liberté tarifaire à poste de soins donné, notamment en optique, en dentaire et chez les spécialistes.

En définitive, contrairement aux dépenses de santé, le reste à charge après AMO (comportant le reste à charge opposable et la

**Tableau 1** Contribution de l'assurance maladie obligatoire à la réduction des inégalités de niveau de vie

	Indice de Gini	Effet sur l'indice de Gini global	Contribution à la redistribution par l'AMO (en %)
<b>Niveau de vie avant AMO</b>	<b>0,286</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Cotisations et CSG	0,400	-0,012	23
Taxes directes	0,229	0,000	-1
Taxes indirectes	0,084	+0,003	-6
<b>Financement (total)</b>	<b>0,353</b>	<b>-0,008</b>	<b>17</b>
Ambulatoire	-0,039	-0,021	42
Hôpital MCO	-0,034	-0,015	31
SSR / PSY / HAD	-0,174	-0,006	11
<b>Prestations (total)</b>	<b>-0,051</b>	<b>-0,042</b>	<b>83</b>
<b>Niveau de vie après AMO</b>	<b>0,236</b>	<b>-0,050</b>	<b>100</b>

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.

**Notes >** Le revenu disponible utilisé ici pour le niveau de vie initial est une version modifiée réintégrant les contributions au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

L'indice de Gini permet de mesurer le degré d'inégalité associé à la répartition d'une masse monétaire dans la population. Il peut varier de 0 (égalité parfaite) à 1 (inégalité parfaite).

Le Gini peut être négatif lorsque l'élément redistributif analysé réduit les inégalités. D'autres indicateurs d'inégalité ont été testés (indice d'Atkinson, indice de Palma, ratio [100-S80]/S20) et donnent des résultats très similaires.

**Lecture >** L'indice de Gini propre à la distribution selon le niveau de vie des cotisations sociales finançant l'assurance maladie obligatoire est de 0,400. Ces cotisations sociales permettent ainsi de réduire l'indice de Gini français de 0,012 point, soit 23 % de la contribution totale de l'AMO à la redistribution.

**Champ >** Ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine.  
**Source >** DREES, Ines-Omar 2017.

> *Études et Résultats* n° 1220 © DREES

5. Les travaux classiques sur l'effet des prélèvements obligatoires sur la redistribution des revenus ne distinguent pas l'effet propre du financement du système d'assurance maladie obligatoire.

6. On considère ici l'ensemble des prestations de santé individualisables remboursées par la Sécurité sociale, par l'État et au titre de la CMU-C.

7. Les comptes nationaux distribués du rapport d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution (Germain, André, Blanchet, *et al.*, 2021) fournissent un cadre comptable envisageable pour mesurer le détail de la distribution des revenus avant et après transferts. La contribution de l'AMO à la redistribution est ici calculée dans ce cadre comptable, le contenu de cette étude ayant alimenté le rapport dans sa partie Santé. À noter que ce cadre n'est pas le seul possible (voir en particulier l'exercice de décontraction du compte des ménages pilotes par l'OCDE : Distributional Results on Household Income, Consumption and Savings).

8. Étant donné ces spécificités et afin de comparer les dépenses par niveau de vie liées à une notion de volume de soins (la base de remboursement de la Sécurité sociale – BRSS), les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont exclus du tableau 2. Ces deux dispositifs ont été fusionnés au sein de la complémentaire santé solidaire (CSS) à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2019.

**Tableau 2** Dépenses de santé et reste à charge après assurance maladie selon les postes de soins et le niveau de vie des ménages

En euros

		Hôpital	Généraliste	Spécialiste	Auxiliaire	Pharmacie	Biologie	Optique	Dentaire	Audio	Total
Ménages modestes	BRSS	3 092	257	417	668	1 006	155	8	47	7	6 339
	Opposable	139	53	59	72	188	39	3	9	2	634
	Lib. tarifaire	8	7	67	2	0	0	155	128	28	421
Ménages médians	BRSS	2 404	270	481	542	1 042	173	11	59	7	5 600
	Opposable	131	63	71	67	210	46	4	13	2	687
	Lib. tarifaire	7	9	79	3	0	0	197	164	29	521
Ménages aisés	BRSS	2 319	266	500	418	998	177	12	73	5	5 366
	Opposable	130	67	82	70	216	51	4	16	1	725
	Lib. tarifaire	8	12	103	5	0	0	244	211	26	645

BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale.

**Notes >** La BRSS est le tarif sur lequel s'applique la prise en charge de la Sécurité sociale. L'écart entre la BRSS et la prise en charge par la Sécurité sociale est le reste à charge après assurance maladie obligatoire (AMO) opposable. Selon les soins, une dépense supplémentaire appelée liberté tarifaire peut être acquittée par les patients, liée aux dépassements d'honoraires ou à la liberté des tarifs (en optique, prothèses dentaires et audiologie notamment). Le total inclut des postes de soins non présentés dans le tableau (matériel médical, transports, etc.).

**Lecture >** Les ménages modestes (trois premiers dixièmes de niveau de vie hors bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS) ont en moyenne 417 euros de dépenses chez les médecins spécialistes en BRSS. Les ménages aisés (trois derniers dixièmes de niveau de vie) ont en moyenne 16 euros de reste à charge opposable en dentaire. Les ménages médians (quatre dixièmes de niveau de vie intermédiaires) ont en moyenne 521 euros de liberté tarifaire par an tous postes de soins confondus.

**Champ >** Ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine, hors bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Dépenses de santé remboursables, présentées au remboursement et individualisables en ville et à l'hôpital (public et privé, MCO/SSR/PSY/HAD), hors médico-social.

**Source >** DREES, Ines-Omar 2017.

> Études et Résultats n° 1220 © DREES

liberté tarifaire) est nettement plus élevé pour les ménages aisés que pour les ménages modestes (tableau complémentaire A).

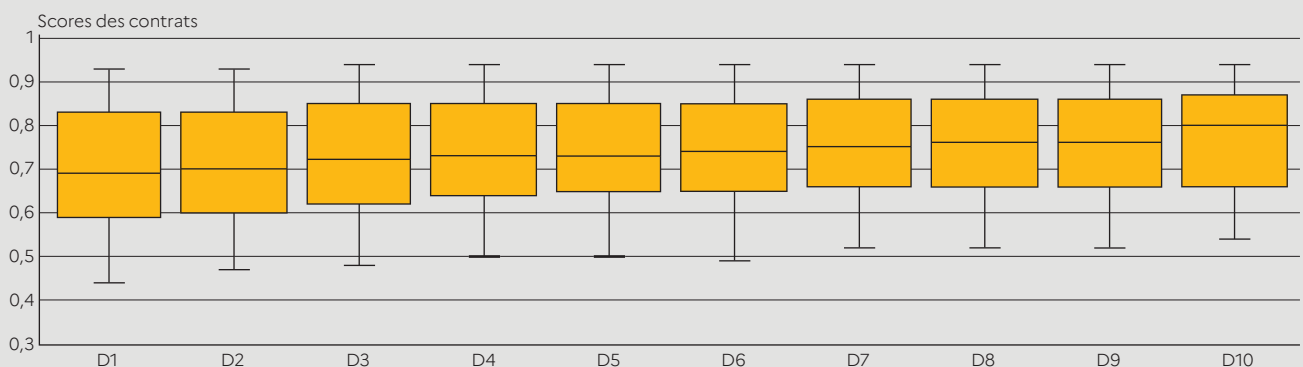
## Des cotisations de complémentaire santé plus chères pour les ménages aisés

Ces écarts de recours aux soins selon le niveau de vie s'accompagnent aussi de différences dans la souscription d'assurances complémentaires. Les primes acquittées par les ménages pour les contrats de complémentaire santé, collectées dans l'édition 2017 de l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), augmentent fortement avec le niveau de vie. Ceci reflète avant tout des garanties souscrites plus élevées, mais s'explique aussi par l'existence d'une tarification différenciée selon le revenu, notamment dans les contrats d'entreprise.

Grâce au croisement des données sur les cotisations déclarées dans l'enquête SRCV avec celles recueillies dans l'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé (enquête OC), les différences de qualité de contrat selon le niveau

de vie sont mieux estimées dans le modèle Ines-Omar 2017. Le niveau de prise en charge de chaque contrat est mesuré de façon synthétique par un score allant de 0 à 1, correspondant au taux de couverture du reste à charge (Barlet, et al., 2019). Il vaut 1 lorsque le reste à charge après AMO d'un assuré moyen sur les postes considérés dans le calcul est intégralement couvert. Logiquement, les primes sont en moyenne plus élevées pour les assurances offrant un niveau de couverture important. À score équivalent, les cotisations de contrats individuels sont plus chères que celles des contrats d'entreprise. En outre, au sein du marché individuel, elles sont plus coûteuses pour les personnes âgées à niveau de couverture donné (Loiseau, 2021).

On estime ainsi que le niveau médian de couverture des complémentaires souscrites sur le marché privé (hors CMU-C et ACS) croît nettement avec le niveau de vie (graphique 2), même si les écarts de qualité de contrat peuvent rester très importants au sein d'un dixième de niveau de vie donné. Une première explication est que les ménages aisés sont nombreux à bénéficier de complémentaires

**Graphique 2** Score de garanties des contrats de complémentaire santé par niveau de vie

D : dixième de niveau de vie.

**Lecture >** Pour le 9<sup>e</sup> dixième de niveau de vie (D9), 10 % des contrats ont un score inférieur à 0,52, 25 % ont un score inférieur à 0,66, la médiane des scores se situe à 0,76, le 3<sup>e</sup> quartile à 0,86 et le 9<sup>e</sup> dixième à 0,94.

**Champ >** Individus membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine et étant couverts par un contrat de complémentaire santé privé.

**Source >** DREES, Ines-Omar 2017.

> Études et Résultats n° 1220 © DREES

d'entreprise, lesquelles proposent généralement des garanties supérieures aux assurances individuelles. Par ailleurs, leur niveau de vie plus élevé peut les conduire à préférer être mieux assurés contre le risque d'une santé dégradée.

Si les primes associées aux contrats des ménages aisés sont plus élevées, ces derniers bénéficient également de remboursements d'assurance complémentaire plus importants. Ces prestations couvrent ainsi une part plus large de leur reste à charge non opposable. Pour autant, le retour sur cotisation (ratio entre les remboursements versés par la complémentaire et les cotisations), estimé ici sur les prestations de santé remboursables, baisse nettement quand le niveau de vie augmente (**tableau 3**). En effet, même si les plus aisés disposent de contrats offrant de meilleures garanties qui leur permettent d'être mieux couverts sur les soins à liberté tarifaire, les remboursements supplémentaires perçus ne semblent néanmoins pas compenser la hausse des primes<sup>9</sup>. Une première explication tient au fait qu'une partie des contrats instaurent une tarification différenciée selon le revenu<sup>10</sup>. Une seconde est que les salariés du secteur privé bénéficient d'une prise en charge d'au moins 50 % de leur cotisation de complémentaire santé par l'employeur. Cette participation de l'employeur incite à la souscription d'assurances de qualité élevée au regard des besoins réels d'une population en moyenne plus aisée et en bonne santé. Cela dit, les contrats d'entreprise offrent un meilleur rapport qualité-prix que les contrats

individuels, vraisemblablement grâce au pouvoir de négociation des entreprises, supérieur à celui d'un ménage seul (Loiseau, 2021).

### Des taux d'effort après AMC plus importants pour les ménages modestes, notamment les retraités

La tendance des ménages aisés à consommer davantage de biens à tarifs libres est partiellement compensée par les garanties plus élevées de leurs contrats de complémentaire santé. Ainsi le reste à charge après assurance complémentaire n'augmente que faiblement selon le niveau de vie (**graphique 3**). À cela s'ajoute, pour les salariés du secteur privé, la prise en charge partielle de leur cotisation de complémentaire santé par l'employeur.

Globalement, les dépenses de santé directement supportées par les ménages (restes à charge après AMC et primes de complémentaire santé) augmentent moins rapidement que les revenus. Pour évaluer le poids de ces dépenses, on établit un taux d'effort. Il se définit comme la somme des primes directement acquittées par les ménages, taxes comprises<sup>11</sup> et hors chèque ACS, et des restes à payer après intervention de l'AMC, divisée par le revenu disponible. Ce taux d'effort est plus élevé pour les ménages modestes et diminue continûment avec l'augmentation du niveau de vie (taux d'effort AMC). Ce résultat est néanmoins inversé si l'on inclut la contribution au financement

**Tableau 3** Retour sur cotisation de l'assurance complémentaire selon le niveau de vie (ratio remboursements AMC / cotisations AMC)

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Ensemble
Contrat d'entreprise	111	115	103	102	86	87	81	83	75	68	85
Contrat individuel	87	78	83	80	71	73	69	70	70	61	73
<b>Ensemble</b>	<b>92</b>	<b>86</b>	<b>89</b>	<b>87</b>	<b>75</b>	<b>78</b>	<b>73</b>	<b>75</b>	<b>72</b>	<b>64</b>	<b>77</b>

D : dixième de niveau de vie.

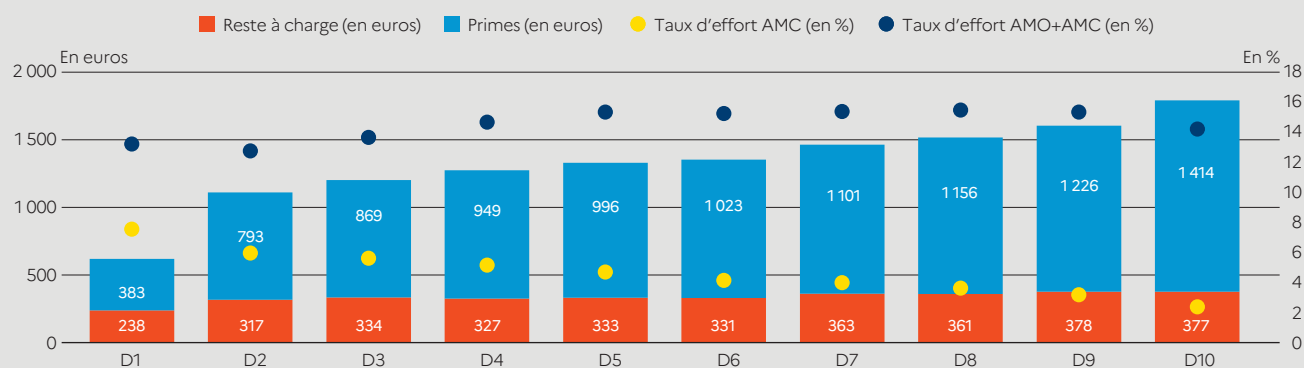
**Lecture** > Les individus du 6<sup>e</sup> dixième de niveau de vie (D6) bénéficiant d'un contrat de complémentaire santé d'entreprise perçoivent l'équivalent de 87 % de leurs cotisations hors taxes sous forme de remboursements.

**Champ** > Individus membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine étant couverts par un contrat de complémentaire santé privé. Remboursements et cotisations (hors taxes) estimés sur le champ de la dépense remboursable et présentée au remboursement.

**Source** > DREES, Ines-Omar 2017.

> Études et Résultats n° 1220 © DREES

**Graphique 3** Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon le niveau de vie en 2017



D : dixième de niveau de vie.

**Lecture** > Les ménages du 7<sup>e</sup> dixième de niveau de vie ont en moyenne 363 euros de reste à charge annuel après remboursement de l'assurance maladie complémentaire et paient en moyenne 1 101 euros par an de cotisations de complémentaire santé (en déduisant les chèques ACS et la participation de l'employeur dans les contrats d'entreprise). Leur taux d'effort moyen est de 4,0 %, mais monte à 15,4 % en incluant leur participation au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

**Champ** > Ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source** > DREES, Ines-Omar 2017.

> Études et Résultats n° 1220 © DREES

9. Ceci indique que l'assurance complémentaire peut créer indirectement une forme de solidarité verticale via la mutualisation horizontale entre malades et bien-portants.

10. En 2016, 25 % des contrats individuels et 39 % des contrats collectifs sont tarifés différemment selon le revenu (Barlet, et al., 2019).

11. Les contrats de complémentaire santé sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

de l'AMO dans l'effort des ménages, en raison de la nature très progressive de ce financement (taux d'effort AMC + AMO<sup>12</sup>). Fait notable, on constate enfin l'efficacité des dispositifs CMU-C et ACS, qui protègent près de la moitié des personnes appartenant au 1<sup>er</sup> dixième de niveau de vie, pour réduire les primes et restes à charge des plus modestes et ainsi limiter leur taux d'effort malgré des niveaux de vie particulièrement faibles. Il apparaît qu'au sein de ce dixième, les bénéficiaires d'une complémentaire santé souscrivent des contrats moins onéreux<sup>13</sup> et que le taux d'individus non couverts par une complémentaire santé y est élevé (11 %). Cela diminue certes la moyenne des primes de complémentaire santé, mais occasionne d'importants restes à charge malgré les dispositifs d'aide.

Par ailleurs, le taux d'effort AMC augmente fortement au cours de la vie. L'assurance maladie complémentaire affiche ainsi un faible niveau de solidarité intergénérationnelle. Sont concernés en premier lieu les retraités, notamment parce qu'ils ne peuvent pas bénéficier de contrats d'entreprise, lesquels sont de bonne qualité, partiellement pris en charge par l'employeur et ne pouvant être tarifés à l'âge. Le passage à la retraite se traduit donc pour beaucoup par une hausse drastique du poids de la santé dans le budget. Le taux d'effort passe ainsi de 2,7 % entre 30 et 39 ans

à 8,2 % après 80 ans. Parmi les ménages comptant au moins une personne retraitée et faisant partie des 20 % des ménages les plus modestes, le taux d'effort atteint 9,9 %, contre 3,9 % pour la même catégorie de ménages faisant partie des 20 % les plus aisés. Le dispositif d'ALD semble également ne pas suffire à compenser la forte hausse des dépenses de santé liées à un état de santé dégradé. À âge donné, les bénéficiaires de l'ALD ont en effet des taux d'effort légèrement supérieurs à la moyenne : 3,1 % entre 30 et 39 ans et 8,6 % après 80 ans<sup>14</sup>. ●

**12.** Pour ce taux d'effort modifié, nous mobilisons une version alternative du revenu disponible dans laquelle la contribution au financement de l'AMO n'a pas été retirée.

**13.** Les changements méthodologiques de la nouvelle édition d'Ines-Omar conduisent à une meilleure attribution des contrats aux ménages selon leur niveau de vie (grâce aux primes déclarées dans SRCV et via l'éligibilité à la CMU-C et l'ACS dans Ines). Il en résulte des taux d'effort fortement réduits dans les deux premiers dixièmes par rapport aux estimations précédentes.

**14.** Ces chiffres ne sont pas dus à des revenus plus faibles ni à un moindre recours à la complémentaire santé. Pour les jeunes en ALD, cela s'explique par des restes à charge AMC plus élevés et, pour les plus âgés en ALD, par des cotisations plus élevées.

**Mots clés :** Assurance maladie • Système de soins • Complémentaire santé • Inégalités sociales de santé • Recours aux soins

**Données associées à l'étude :** <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/lassurance-maladie-contribue-fortement-la>

#### Pour en savoir plus

- > **Accardo, A., André, M., Billot, S., et al.** (2021, mai). Réduction des inégalités : la redistribution est deux fois plus ample en intégrant les services publics. Dans *Revenus et patrimoine des ménages*, Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, mai). Hospitalisation : des restes à charge après AMO plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.
- > **Adjerad, R.** (2018, décembre). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Rapport 2018. Paris, France : DREES.
- > **André, M., Biotteau, A.-L., Duval, J.** (2016, novembre). Module de taxation indirecte du modèle Ines. Hypothèses, principes et aspects pratiques. DREES, *Documents de travail de la DREES*, 60. Série Sources et Méthodes.
- > **Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L. et Legal, R.** (dir.), **Lapinte A., Pollak, C.** (coord.) [2019]. *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* - Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de simulation Ines-Omar 2017. Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- > **Germain, J.-M., André, M., Blanchet, T., et al.** (2021, février). Rapport du groupe d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution. Édition 2021. Insee, *Insee Méthodes*, 138.
- > **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M., Ferretti, C.** (dir.) (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé* - Édition 2018. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., Shmueli, A.** (2016). À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*, 2016/4, pp. 15-62.
- > **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- > **Lapinte, A.** (2018, mars). Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières. *Actualité et dossier en santé publique*, 102, pp. 36-39.
- > **Loiseau, R.** (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.

#### La DREES sur internet

- > **Nos publications**  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr)
- > **Nos données**  
[data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr)
- > **Recevoir nos avis de parution**  
[drees.solidarites-sante.gouv.fr/](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/)

**Directeur de la publication** Fabrice Lenglard • **Responsable d'édition** Valérie Bauer-Eubriet • **Rédactrice en chef technique** Céline Roux • **Chargée d'édition** Élisabeth Castaing • **Composition et mise en pages** Stéphane Jeandet • **Conception graphique** Sabine Boulanger et Stéphane Jeandet • **Pour toute information** [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr) • Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

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