



# Études et Résultats

N° 815 • octobre 2012

## La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie<sup>1</sup>

Cette étude évalue les rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie.

Les remboursements de soins par l'assurance maladie obligatoire dépendent du risque maladie, tandis que son financement est croissant avec le revenu et même progressif. En conséquence, les ménages modestes ont à la fois des contributions financières à l'assurance maladie plus faibles, en montant, mais aussi une prise en charge de leurs dépenses de santé légèrement plus élevée du fait d'un état de santé moyen plus dégradé.

L'assurance maladie obligatoire opère ainsi une redistribution verticale importante, attribuable pour les quatre cinquièmes à l'effet de son financement et pour un cinquième à celui de ses prestations. En comparaison, la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie complémentaire apparaît très faible.

Toutefois, malgré cette importante redistribution verticale, le poids du reste à charge dans le revenu disponible des ménages, bien que relativement faible, demeure plus élevé pour les ménages les plus modestes. En 2008, 15 % de la population adulte a renoncé à des soins pour raisons financières.

1. Ce texte constitue une version amendée de l'*Études et Résultats* n° 815 publié en octobre 2012. Il remplace donc le texte initialement publié.

**Cette étude est extraite du rapport des Comptes nationaux de la santé 2011,  
disponible sur l'espace Internet de la DREES : [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)**

**Jonathan DUVAL et Rémi LARDELLIER**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère de l'Économie et des Finances  
Ministère des Affaires sociales et de la Santé  
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

**D**epuis plusieurs années, la DREES mène, à la demande de la Commission des Comptes de la santé, des travaux pour éclairer la question de l'accessibilité financière aux soins des ménages à un niveau microéconomique, en complément de l'approche macroéconomique des comptes de la santé.

L'étude publiée cette année s'intéresse à la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC), et évalue son impact selon le décile de niveau de vie. Elle fait suite à deux autres études parues dans les éditions précédentes des Comptes de la santé de 2010 et 2011. En 2010, une première publication a permis d'éclairer spécifiquement la question de l'accessibilité financière aux soins des plus malades, notamment des personnes en affection longue durée (ALD)<sup>1</sup>. En 2011, une deuxième étude s'est intéressée aux aspects redistributifs de l'assurance maladie entre classes d'âge<sup>2</sup>.

### **L'assurance maladie obligatoire induit une redistribution importante**

Les mécanismes de l'assurance maladie obligatoire répondent à deux principes : la solidarité des bien portants vis-à-vis des malades et l'accessibilité des soins à tous, quelle que soit leur capacité financière, souvent résumées par l'expression « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ».

En conséquence, le financement de l'AMO, via les cotisations patronales et les contributions sociales, est croissant avec le revenu : les 10 % de ménages les plus modestes ont une contribution moyenne au financement de l'assurance maladie 20 fois inférieure à celle des 10 % les plus riches (respectivement 610 € par ménage, soit 280 € par personne et 12 420 € par ménage, soit 5 400 € par personne). Ce financement est même progressif, son poids augmentant dans

le revenu disponible des ménages avec leur niveau de vie (respectivement 3,5 % du revenu disponible des 10 % de ménages les plus modestes et 14,1 % chez les 10 % les plus riches). La croissance, en montant, de la contribution au financement avec le niveau de vie induit une redistribution verticale, qui est renforcée par son caractère progressif.

Deux éléments contribuent à cette progressivité. D'abord, la législation prévoit des taux de CSG différenciés selon la nature des revenus (travail, patrimoine et revenus de remplacement), avec des exonérations pour certains ménages modestes, comme les allocataires de minima sociaux et certains retraités et chômeurs. Ensuite, les allègements de cotisations sociales patronales sur les salaires inférieurs à 1,6 smic diminuent les cotisations assises sur les ménages ayant des revenus faibles.

Les remboursements de l'AMO, quant à eux, ne sont en principe pas liés aux revenus de l'assuré mais à ses dépenses de santé. Ils sont tout de même légèrement plus élevés pour les ménages modestes (graphique 1), principalement parce que leur état de santé est plus dégradé : les dépenses de santé des ménages des six premiers déciles de niveaux de vie s'élèvent à 5 600 € en moyenne par an (2 500 € par personne), contre 4 700 € pour les ménages des déciles supérieurs (2 000 € par personne). De plus, les ménages modestes ont davantage recours aux soins hospitaliers, mieux remboursés par l'AMO, et consultent moins fréquemment des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires.

Le caractère universel des remboursements, ajouté au lien entre cotisations et revenus, induit une redistribution verticale. Cette redistribution tient pour les quatre cinquièmes à l'effet du financement de l'assurance maladie obligatoire et pour un cinquième à celui de ses prestations, dans le cadre d'une comparaison à une situation de référence dans laquelle chaque personne aurait les prélèvements et pres-

tations moyens de la population, quels que soient son niveau de revenu et son état de santé (graphique 2).

En comparaison, l'assurance maladie complémentaire opère une redistribution verticale très faible, qui transite uniquement par son financement, notamment à travers la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), accordée gratuitement aux plus démunis, et à travers l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Au total, les mécanismes de l'assurance maladie obligatoire permettent aux plus modestes d'obtenir un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient eu dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque.

### **Malgré la redistribution opérée, le taux d'effort des ménages diminue avec le revenu**

Toutefois, malgré l'importante redistribution verticale induite par l'assurance maladie obligatoire, le poids du reste à charge dans le revenu disponible des ménages, bien que relativement faible, demeure plus élevé pour les ménages les plus modestes. Le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladie complémentaires représente 1,6 % du revenu disponible des ménages du premier décile (soit 180 €), et est lentement décroissant jusqu'à atteindre 0,7 % du revenu des 10 % des ménages les plus aisés (soit 580 €) [graphique 3].

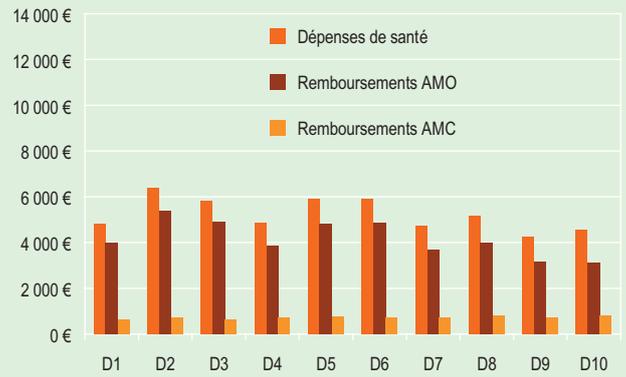
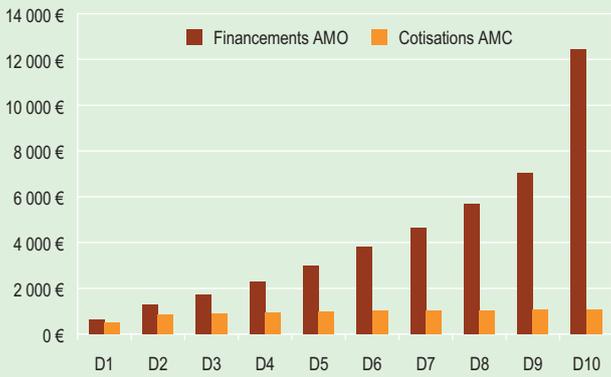
Ces résultats doivent toutefois être nuancés en évoquant ce qu'ils ne peuvent mesurer : le renoncement aux soins. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours de l'année écoulée (données de l'enquête Santé et protection sociale 2008, réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé [IRDES]). La redistribution mesurée du point de vue des prestations est donc tributaire des prestations perçues. ■

1. Legal R., Raynaud D. et Vidal G. (2010b) : « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté », Comptes nationaux de la santé 2009.

2. Duval J., Lardellier R., Legal R. (2011) : « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », Comptes nationaux de la santé 2010.

GRAPHIQUE 1

## Dépenses et prestations moyennes d'AMO et d'AMC par ménage et par décile de niveau de vie



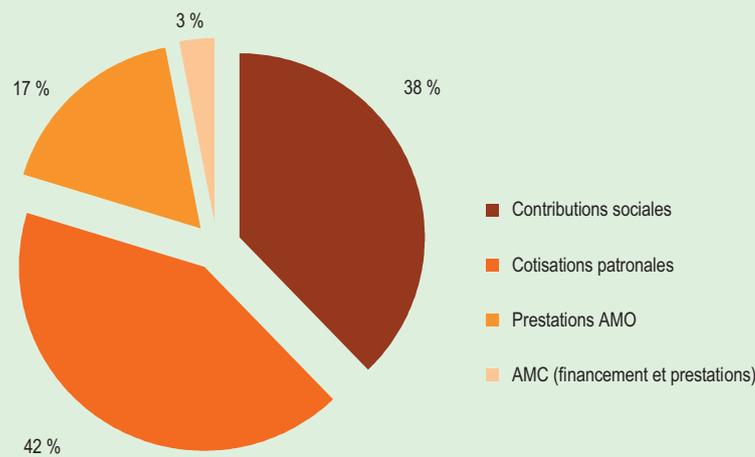
**Lecture** • En 2008, 10 % des ménages les plus modestes dépensent en moyenne annuelle près de 500 euros pour leur couverture maladie complémentaire et participent au financement de l'AMO à hauteur de 610 euros en moyenne. Leurs dépenses de santé s'élèvent en moyenne à 4 790 euros, dont plus de 610 euros leur sont remboursés par leur assurance maladie complémentaire et 4 000 euros par la sécurité sociale.

**Champ** • Ménages ordinaires de métropole ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.

**Sources** • DREES, Ines-Omar 2008.

GRAPHIQUE 2

## Décomposition de la redistribution opérée par l'assurance maladie



**Lecture** • 38,0 % de la redistribution opérée par l'assurance maladie est attribuable aux contributions sociales, dans le cadre d'une comparaison à une situation de référence dans laquelle chaque personne aurait les prélèvements et prestations moyens de la population, quels que soient son niveau de revenu et son état de santé.

**Champ** • Ménages ordinaires de métropole ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.

**Sources** • DREES, Ines-Omar 2008.

GRAPHIQUE 3

## Reste à charge après AMO et AMC et taux d'effort selon le décile de niveau de vie du ménage



**Lecture** • En 2008, les ménages du premier décile de niveau de vie ont un reste à charge annuel moyen de 180 € ; rapporté à leur revenu disponible (diminué des cotisations AMC), ce montant représente 1,6 % de leurs ressources.

**Champ** • Ménages ordinaires de métropole ; dépenses de santé individualisables présentées au remboursement de l'assurance maladie.

**Sources** • DREES, Ines-Omar 2008.

# COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ 2011



## Sommaire

### Vue d'ensemble

#### Dossiers

- La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie
- Les revenus d'activité des médecins libéraux
- Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes
- Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes, le poids des dépassements

#### Éclairages

- La situation économique et financière des hôpitaux publics se stabilise en 2010
- La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2010
- L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2010 et 2011

#### Fiches thématiques

- La Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)
- La Dépense Courante de Santé (DCS)
- La Dépense Totale de Santé (DTS)
- Le financement de la santé

#### Annexes

#### Tableaux détaillés de 2000 à 2011

Ce rapport est téléchargeable sur l'espace Internet de la DREES :

<http://www.drees.sante.gouv.fr//article11024.html>



Les Comptes nationaux de la santé des années antérieures  
sont également téléchargeables sur l'espace Internet de la DREES