

Le système d'assurance maladie publique opère des transferts importants entre les personnes selon leur niveau de vie. D'une part les consommations de soins, et donc les prestations de l'assurance maladie obligatoire (AMO), décroissent avec le niveau de vie, du fait notamment d'inégalités sociales de santé. D'autre part, le financement de l'AMO est progressif, c'est-à-dire que son poids dans le revenu des ménages est supérieur pour les ménages aisés. Ainsi, le système d'assurance maladie publique réduit les écarts de niveau de vie, par rapport à une situation où chaque ménage devrait assumer intégralement ses frais de santé. Au contraire, l'assurance maladie complémentaire (AMC) privée induit très peu de transferts entre niveaux de vie.

L'assurance maladie publique opère d'importants transferts entre hauts et bas revenus

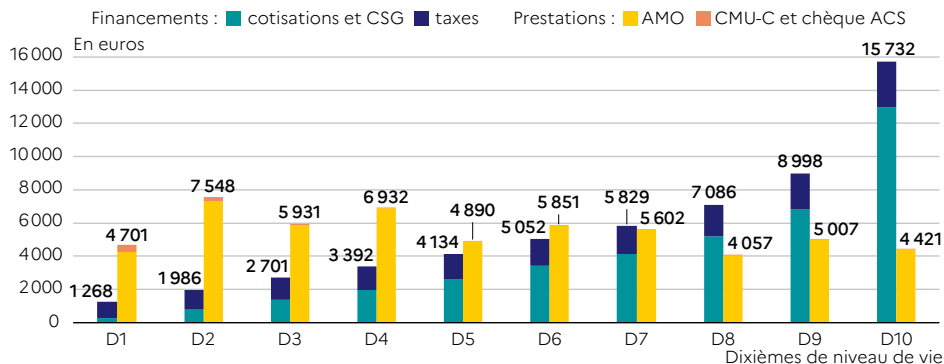
L'assurance maladie obligatoire (AMO) est un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations, qui modifie le revenu et donc le niveau de vie¹ des ménages par rapport à une situation où ceux-ci assumeraient intégralement leurs frais de santé. Les dispositifs publics favorisant l'accession à la complémentaire santé pour les ménages les plus modestes réalisent également des transferts de revenu (la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS], fusionnés en 2019 en complémentaire santé solidaire [CSS], voir fiche 18, sont financés par des prélèvements sur les primes des bénéficiaires des complémentaires santé privées). Étudier les propriétés redistributives de l'assurance maladie « publique », qui regroupe l'AMO et les dispositifs publics favorisant l'accession à la complémentaire santé pour les ménages modestes (CMU-C et ACS en 2019) est donc pertinent. Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (voir annexe 2) permet ainsi de mesurer la réduction des inégalités opérée par l'ensemble du système d'Assurance maladie, puisqu'il prend en compte les financements et les prestations de toutes ses composantes, publiques et privées. L'effet redistributif de l'AMO,

de la CMU-C et de l'ACS peut s'apprécier à l'aune des transferts de revenu opérés entre ménages.

Le financement de l'AMO par les prélèvements sociaux est progressif, c'est-à-dire que le poids des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG) attribué à l'AMO dans le revenu des ménages augmente avec leur niveau de vie (*graphique 1*). En effet, des taux différenciés de CSG s'appliquent selon la nature des revenus (revenus d'activité, de patrimoine, et de remplacement), de sorte que les principales sources de revenu des ménages modestes se voient appliquer des taux de CSG plus faibles. De plus, certaines personnes modestes sont exonérées de la CSG, comme les retraités dont le foyer fiscal de référence (ou « le ménage ») dispose de ressources inférieures au seuil d'exonération. Enfin, les allègements de cotisations patronales pour les bas salaires diminuent les cotisations des ménages peu rémunérés. Ainsi, selon le modèle Ines-Omar 2019, un ménage du premier dixième de niveau de vie verse 270 euros par an de cotisations et de CSG pour financer l'AMO, ce qui représente 2 % du revenu disponible total du ménage avant financement de l'assurance maladie publique, quand un ménage du dernier dixième paie 12 700 euros de cotisations et de CSG, soit 11 % de son revenu.

1. Le niveau de vie d'un ménage correspond à son revenu disponible brut divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage.

Graphique 1 Financements et prestations de l'assurance maladie publique selon le niveau de vie, en 2019



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSG : contribution sociale généralisée.

Note > Les prestations de l'assurance maladie publique regroupent les prestations de l'AMO d'une part et les prestations au titre de la CMU-C et les chèques ACS d'autre part. Les prestations de l'AMO correspondent aux prestations en nature individualisables prises en charge par l'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 correspondent à la partie complémentaire des soins financée par la CMU-C et dont les bénéficiaires sont exemptés (ticket modérateur [TM]).

Le financement est séparé entre les cotisations et la CSG d'une part, les taxes (dont la taxe de solidarité additionnelle [TSA], qui finance les prestations de la CMU-C et de l'ACS), d'autre part.

Lecture > Un ménage du cinquième dixième de niveau de vie (D5) perçoit chaque année en moyenne 4 890 euros de prestations, en incluant celles de l'AMO et celles au titre de la CMU-C ou de l'ACS (sous forme d'un chèque). Il contribue au financement de l'AMO à hauteur de 4 134 euros (cotisations, CSG, et taxes).

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

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Cependant, le financement de l'AMO par les taxes est fortement régressif, c'est-à-dire qu'il pèse davantage dans le revenu des ménages les plus modestes (graphique 1). En effet, la part de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) allouée à l'AMO a très fortement augmenté en 2019 (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020), alors que cette taxe pèse davantage dans le revenu des ménages les plus modestes. Le financement de la CMU-C et de l'ACS est également régressif, puisqu'il repose sur la taxe de solidarité additionnelle (TSA), proportionnelle aux primes des complémentaires. Or la part de ces primes dans le revenu des ménages décroît lorsque leur niveau de vie augmente (voir fiche 15). Ainsi, les ménages du premier dixième de niveau de vie financent l'AMO, la CMU-C et l'ACS via des taxes

à hauteur de 1 000 euros par an en moyenne, soit 8 % de leur revenu disponible avant financement de l'assurance maladie publique, tandis que les ménages du dernier dixième de niveau de vie contribuent à hauteur de 2 800 euros de taxes par an en moyenne, ce qui ne représente que 3 % de leur revenu, selon le modèle Ines-Omar 2019. Prises dans leur ensemble, les contributions au financement de l'assurance maladie publique sont progressives en fonction des niveaux de vie. Cependant, leur poids dans le revenu des ménages du premier dixième de niveau de vie est supérieur à leur poids dans le revenu des ménages du deuxième dixième (voir fiche 15). Les prestations de l'assurance maladie publique² contribuent elles aussi à la redistribution des revenus. Ces prestations sont légèrement plus élevées

² Les prestations de l'AMO et de la CMU-C sont constituées du remboursement de dépenses de santé, soit directement à leurs assurés, soit par le règlement de la dépense des assurés auprès des professionnels de santé dans le mécanisme du tiers payant. Les prestations de l'ACS consistent en des chèques ACS et des exonérations de participations forfaitaires et franchises (mais seuls les chèques ACS ont pu être modélisés). En revanche, les remboursements des contrats ACS sont comptabilisés dans les prestations de l'AMC, puisque l'ACS était gérée par les organismes de complémentaire santé privés.

pour la partie inférieure de la distribution des niveaux de vie (*graphique 1*), quoique plus faibles pour les ménages du premier dixième, composés de personnes plus jeunes que l'ensemble de la population. En moyenne, les ménages du deuxième au septième dixième de niveau de vie reçoivent des prestations de l'AMO, de la CMU-C et de l'ACS (sous forme de chèque) à hauteur de 6 100 euros. Ce montant s'élève à 4 500 euros pour les personnes appartenant aux trois dixièmes supérieurs. Ces disparités s'expliquent par le moins bon état de santé des personnes modestes, et par leur plus forte consommation de soins hospitaliers, mieux remboursés par l'AMO que les soins de ville. Enfin, les prestations de la CMU-C et de l'ACS se concentrent presque

entièrement parmi les deux premiers dixièmes de niveau de vie³.

L'effet redistributif de l'AMO, de la CMU-C et de l'ACS peut également être mesuré par la réduction des écarts de niveau de vie entre ménages (Germain, 2021). Avant prélèvement de la CSG et des cotisations sociales finançant l'assurance maladie publique, les ménages du dernier dixième de niveau de vie ont un niveau de vie 8 fois supérieur à celui des ménages du premier dixième. Après prélèvement du financement de l'assurance maladie publique et après versement de ses prestations, ce rapport n'est plus que de 1 à 6 (*tableau 1*). Il est également possible de quantifier la réduction des écarts de niveau de vie en comparant l'indice de Gini⁴ de la distribution de

Tableau 1 Les niveaux de vie avant et après transferts de l'assurance maladie publique, en 2019

Montant annuel moyen par ménage, en euros par UC

Niveau de vie...	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Total
... avant financement de l'Assurance maladie	8 210	13 948	16 995	19 783	22 461	25 318	28 536	32 778	39 719	68 210	27 161
Financement : CSG	-99	-253	-515	-764	-932	-1112	-1331	-1614	-1986	-3421	-1177
Financement : cotisations et autres	-64	-168	-303	-489	-720	-971	-1180	-1574	-2225	-4561	-1192
Financement : taxes	-655	-804	-862	-947	-1 014	-1 046	-1 083	-1 200	-1 400	-1 784	-1 071
... après financement de l'Assurance maladie	7 390	12 722	15 314	17 582	19 794	22 187	24 941	28 389	34 106	58 442	23 719
Remboursements de l'AMO	2 939	5 239	4 073	4 740	3 472	4 072	3 846	2 731	3 369	2 979	3 755
Remboursements de la CMU-C	233	82	26	18	8	4	6	5	7	3	40
Chèque ACS	32	55	14	3	0	0	0	0	0	0	10
... après prestations de l'Assurance maladie	10 596	18 100	19 428	22 344	23 276	26 265	28 793	31 126	37 482	61 425	27 527

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSG : contribution sociale généralisée ; UC : unité de consommation.

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) dispose d'un niveau de vie moyen de 8 210 euros par UC avant le financement de l'assurance maladie publique. Il contribue au financement de l'Assurance maladie à hauteur de 818 euros par UC en moyenne (dont 99 euros au titre de la CSG, 64 euros de cotisations et autres financements et 655 euros de taxes y compris TSA). Puis ce ménage reçoit 3 206 euros par UC de remboursements en moyenne (dont 2 939 euros de l'AMO, 233 euros au titre de la CMU-C et 32 euros de chèque ACS). En fin de compte, son niveau de vie après prise en compte de l'Assurance maladie est de 10 596 euros par UC.

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

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

3. Une étude menée sur le modèle de microsimulation Ines-Omar 2017 estime que les effets redistributifs de la CSS seront légèrement supérieurs aux effets redistributifs cumulés de la CMU-C et de l'ACS, qu'elle a remplacées en 2019 (Fouquet, Pollak, 2022b).

4. 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 totale) à 1 (inégalité totale).

niveau de vie, d'une part avant le financement de l'assurance maladie publique, et d'autre part après le versement de ses prestations (Fouquet, Pollak, 2022a). Plus généralement, le rôle de la santé est majeur dans la redistribution. 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 (Fouquet, Pollak, 2022a ; Accardo *et al.*, 2021 ; André *et al.*, 2023).

Enfin, la contribution de l'assurance maladie publique à la redistribution des revenus ne se limite pas aux transferts monétaires qu'elle organise. En effet, un système de santé accessible et de qualité permet à des personnes de se soigner et, par la suite, d'améliorer leur productivité et leur participation à l'activité économique. De la sorte, l'assurance maladie publique réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire.

L'assurance maladie complémentaire privée n'a pratiquement aucun effet redistributif entre ménages de niveaux de vie différents

L'assurance maladie complémentaire (AMC) privée (soit hors CMU-C) peut également être considérée parmi les systèmes de transfert modifiant les inégalités de revenu. Cela ne va pas de soi, dans la mesure où l'adhésion à une AMC privée n'est pas toujours obligatoire, et que les prestations offertes sont globalement contributives, c'est-à-dire proportionnelles aux primes versées. Cependant, eu égard à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de 96 % de la population française résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une

complémentaire santé en 2019, et 90 % d'une complémentaire privée, voir fiche 12) et à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires selon l'état de santé entre les assurés au-delà de leur âge (voir fiche 10), son intervention peut être également intégrée dans un bilan redistributif de l'Assurance maladie dans sa globalité.

Les primes versées aux complémentaires santé⁵ sont plus élevées parmi les ménages plus aisés (graphique 2). Les primes moyennes sont particulièrement faibles parmi les ménages du premier dixième de niveau de vie, qui compte une proportion très importante de bénéficiaires de la CMU-C (40 %), ainsi que de personnes sans complémentaire santé (10 %)⁶. En revanche, les primes versées au titre de l'AMC représentent une part plus élevée du revenu des ménages modestes : autour de 3 % dans les trois premiers dixièmes, puis une part de plus en plus faible dans les dixièmes de niveau de vie supérieurs.

De même, les prestations versées par les complémentaires santé augmentent légèrement avec le niveau de vie des assurés, car le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) croît avec le niveau de vie (voir fiche 14), et la qualité de la couverture complémentaire (voir fiche 27) s'améliore avec le revenu. L'AMC verse plus de prestations pour des soins hospitaliers aux ménages modestes, en raison de leur consommation davantage tournée vers ce type de soins. La part des soins de ville dans l'ensemble des prestations de l'AMC s'accroît lorsque le niveau de vie s'élève.

En fin de compte, les prestations moyennes de l'AMC privée sont pratiquement équivalentes aux prélèvements moyens dans chaque dixième de niveau de vie. L'AMC privée n'induit

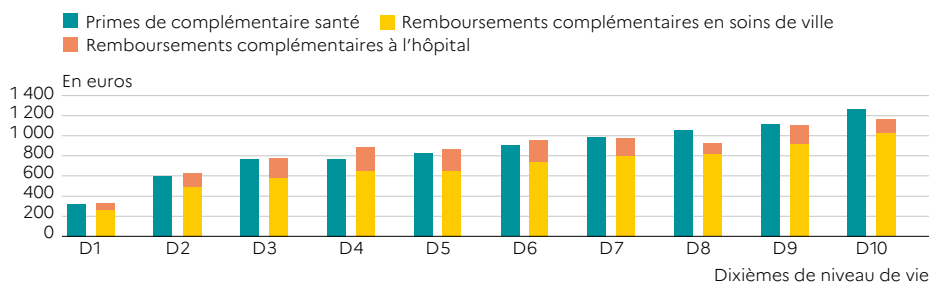
5. Les primes considérées ici incluent la participation de l'employeur en cas de contrat d'entreprise et le montant d'un éventuel chèque ACS, mais excluent la TSA, ainsi que les frais de gestion et la marge des assureurs santé, considérés comme la contrepartie d'un service assurantiel au bénéfice des assurés. Ainsi, la somme des prestations de l'AMC prises en compte est égale à la somme des versements à l'AMC.

6. Par ailleurs, les ménages représentés sont uniquement ceux vivant en logement ordinaire, ce qui exclut donc les personnes résidant en établissements pour personnes âgées, par exemple. L'exclusion de ces personnes est susceptible de distordre le bas de la distribution des revenus.

donc pratiquement pas de redistribution des revenus⁷ (résultat également présenté dans Fouquet, Pollak [2022a] via le modèle Ines-Omar 2017). La très légère redistribution visible provient du fait que certains contrats de complémentaire santé pratiquent une tarification différenciée selon le

revenu (voir fiche 10), et que l'état de santé des plus modestes, à âge donné, est plus dégradé que celui des ménages aisés. Enfin, les dispositifs d'aides publiques pour bénéficier d'une complémentaire santé sont, dans leur ensemble, très inégalement répartis selon le niveau de vie (encadré 1). ■

Graphique 2 Financements et prestations de l'assurance maladie complémentaire selon le niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage.

Lecture > Un ménage du dernier dixième de niveau de vie (D10) perçoit chaque année en moyenne 1 170 euros de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) privée sur le champ des soins présentés au remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), dont 135 euros pour des soins reçus à l'hôpital. Il verse par ailleurs 1 267 euros de primes de complémentaire santé en moyenne, en incluant la participation de l'employeur mais en excluant les frais de gestion de l'organisme complémentaire et la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

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

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Encadré 1 Les aides publiques favorisant la souscription à une complémentaire santé bénéficient surtout aux plus modestes et aux plus aisés

Il existe de nombreuses aides socio-fiscales favorisant la souscription d'une complémentaire santé en France. Le montant des aides publiques dont bénéficient les ménages pour leur couverture complémentaire santé s'élevait à près de 4 milliards d'euros par an en 2017 (Fouquet, Pollak, 2022b).

Les 20 % les plus modestes sont fortement soutenus pour bénéficier d'une complémentaire santé (voir graphique ci-dessous), grâce à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) jusqu'en 2019, et grâce à la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis, dont le montant représente la moitié de ces aides.

Néanmoins, la redistributivité des aides publiques dans leur ensemble est modifiée par la prise en compte des avantages fiscaux visant les actifs. D'une part, la participation obligatoire de l'employeur à un contrat de complémentaire d'entreprise (voir fiche 13), fortement croissante avec le niveau de vie, et qui peut être assimilée à un surcroît de rémunération, se voit appliquer un forfait social à un taux dérogatoire avantageux¹. D'autre part, la part de la cotisation de complémentaire santé payée par les salariés et les indépendants est retirée de leur assiette d'impôt sur le revenu. Ainsi, les ménages des classes moyennes du troisième au huitième dixième de niveau de vie (D3 à D8, voir graphique ci-dessous) perçoivent moins d'aides pour acquérir une complémentaire ●●●

1. Exonération pour les très petites entreprises et 8 % pour les autres (contre 20 % usuellement).

7. Une limite à cette analyse est qu'elle n'inclut ni les prestations, ni les financements de l'AMC privée pour des soins non remboursables par l'AMO.

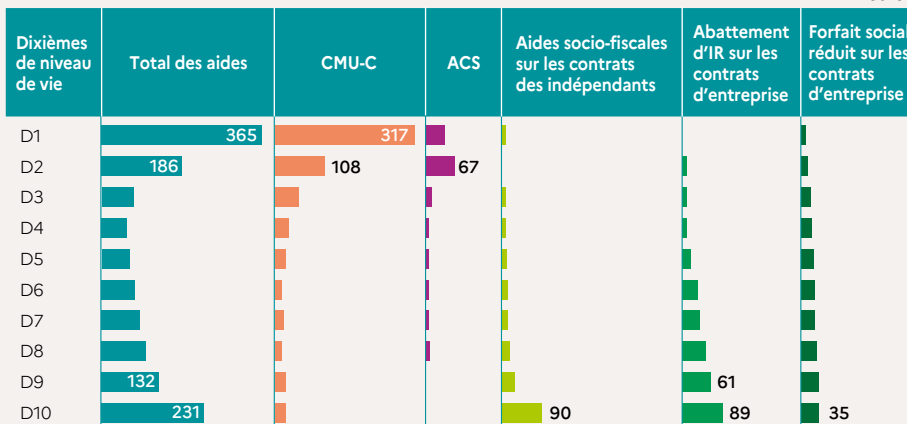


que les 20 % des ménages les plus aisés. Les 10 % les plus aisés reçoivent même davantage d'aides publiques pour cela que les ménages du deuxième dixième de niveau de vie, lesquels bénéficient pourtant fortement de la CMU-C et de l'ACS.

Au-delà de ces inégalités entre niveaux de vie, la situation favorable des personnes en emploi dans le secteur privé contraste avec celle des personnes retraitées, lesquelles – lorsqu'elles ne sont pas éligibles à la CSS – doivent s'acquitter des cotisations de complémentaire santé les plus élevées, tandis qu'aucun dispositif d'aides publiques ne leur est dédié (Fouquet, Pollak, 2022b).

Aides annuelles à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie, en 2017

En euros



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; IR : impôt sur le revenu.

Lecture > Les 10 % des ménages dont le niveau de vie est le plus élevé (D10) reçoivent en moyenne 231 euros par an d'aides publiques en 2017, dont 90 euros d'aides socio-fiscales sur les contrats des indépendants, 89 euros sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la cotisation de complémentaire santé pour les salariés, et 35 euros sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2017.

Pour en savoir plus

> **André, M., Germain, J.-M., Sicsic, M.** (2023, mars). 'Do I get my money back?': A Broader Approach to Inequality and Redistribution in France With a Monetary Valuation of Public Services. Insee, *Documents de travail*, 2023-07.

> **Accardo, A. 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.

> **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2020). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021.

> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022a, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.

> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022b, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.

> **Germain, J.-M. (dir)** (2021). Rapport du groupe d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution. Édition 2021. Insee, *Insee Méthodes*, 138.