

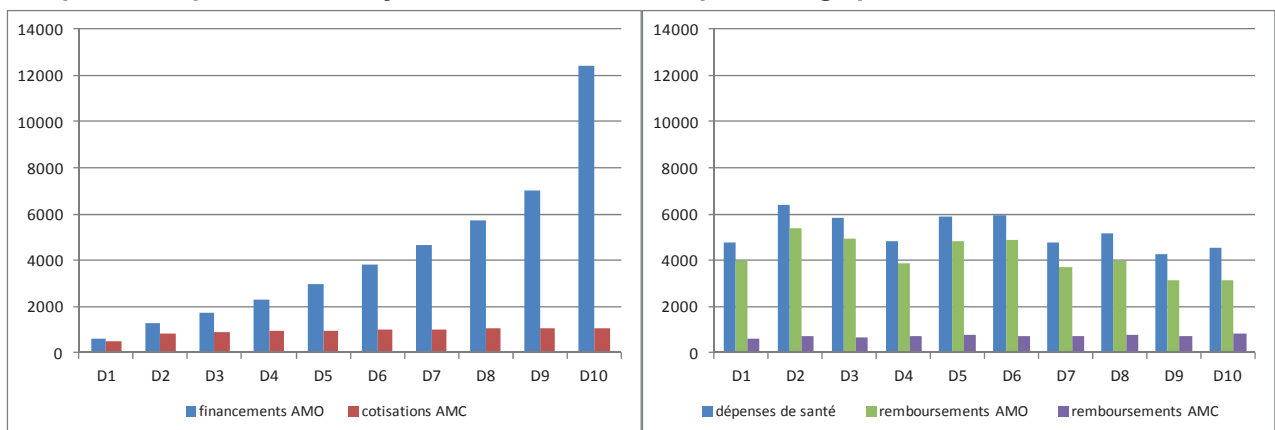
Indicateur n°15 : Contribution de l'assurance maladie à la réduction des inégalités de revenus

Par le jeu des différents financements qu'elles appellent auprès des assurés, et des prestations qu'elles leur versent en cas de maladie, les assurances maladie obligatoires et complémentaires opèrent des transferts monétaires qui modifient le revenu disponible des ménages, par rapport à une situation où ceux-ci devraient assumer intégralement leurs frais de santé. Il est ainsi intéressant de mesurer l'ampleur de cette redistribution à l'œuvre au sein des opérations d'assurance maladie.

L'assurance maladie de base constitue un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations qui affecte les revenus des ménages, et dont en conséquence il est pertinent d'étudier les propriétés redistributives. La question du traitement des cotisations et des prestations d'assurance maladie complémentaire est moins évidente, dans la mesure où l'adhésion à ces dispositifs résulte des décisions volontaires des individus (à l'exception des contrats collectifs à adhésion obligatoire). Elle n'a donc en principe pas à être analysée en termes d'impact sur la distribution des revenus. Cependant, eu égard à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de neuf Français sur dix disposent d'une telle couverture), à l'existence de la CMUC et de l'ACS, et à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires majeures entre les assurés, on peut considérer que son intervention doit être également prise en considération dans un bilan redistributif de l'assurance maladie prise globalement.

Lorsque l'on analyse, à l'aide du modèle de microsimulation Ines-Omar développé par la DREES (cf. *précisions méthodologiques*), la distribution des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie, on observe que ceux-ci sont plus élevés au bas de la distribution des revenus que dans la partie supérieure de cette distribution (cf. *graphique, partie droite*). Les six premiers déciles de revenus étaient confrontés en moyenne à une dépense de santé de 5 600 euros par an, donnant droit à des remboursements des régimes obligatoires d'assurance maladie de 4 600 euros. Ces montants s'élèvent, respectivement, à 4 700 et 3 500 euros pour les personnes appartenant aux quatre déciles supérieurs. Ces disparités tiennent à l'état de santé moins bon des personnes à revenus modestes, et par une structure de dépenses de santé qui donne relativement plus de poids aux prises en charge les mieux remboursées, notamment les soins hospitaliers. En revanche, les prestations versées par les assurances maladie complémentaires sont légèrement croissantes en fonction du revenu des assurés, en raison notamment de la qualité croissante de la couverture procurée par les contrats qu'ils souscrivent selon leurs revenus.

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



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de métropole ; dépenses présentées au remboursement de l'assurance maladie.
 Note de lecture : en 2008, les 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.

Mais les prélèvements acquittés par les assurés au titre de leurs couvertures de base et complémentaire maladie contribuent aussi à la redistribution des revenus. Les contributions aux régimes d'assurance maladie obligatoire, qui incluent les cotisations sociales à la charge des

employeurs (et non salariés) et la CSG acquittée par les assurés sont essentiellement proportionnelles aux revenus, et même légèrement progressives, si l'on tient compte des règles d'exonération et de la progressivité des taux de la CSG sur les revenus de remplacement (*cf. graphique, partie gauche*). Les versements aux dispositifs de couverture complémentaire maladie sont quant à eux sensiblement égaux en niveau dans les différents déciles de niveau de vie, à l'exception du premier qui compte une proportion plus importante de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), qui assure gratuitement une prise en charge presque complète des soins.

Au total, on peut estimer que les inégalités de revenus sont réduites de 20% environ (inégalités mesurées à partir d'indices de Gini) après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Les quatre cinquièmes de cette réduction proviennent des contributions à l'assurance maladie obligatoire, et un sixième des prestations reçues de ces régimes. La contribution de l'assurance maladie complémentaire à la réduction des revenus est donc marginale, et procède presque exclusivement des contributions (qui s'explique surtout par la CMUc, et l'ACS), tandis que les prestations tendent à accroître légèrement l'éventail des revenus (effet de la qualité des contrats et du type de soins consommés)

La contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus ne se restreint toutefois pas à l'incidence des transferts monétaires qu'elle organise sur la distribution des revenus disponibles. On peut en effet estimer qu'un système de santé accessible et de qualité permet à des personnes en mauvais état de santé de se soigner et par suite d'améliorer leur productivité et leurs opportunités de participation à l'activité économique. De la sorte, l'assurance maladie réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur n° 15 :

Cet indicateur est construit par la DREES grâce au rapprochement de deux outils de microsimulation :

- le modèle Omar (Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charges), développé par la DREES, qui permet de simuler à un niveau individuel les prestations d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et donc les restes à charge, et à un niveau ménage les cotisations d'assurance complémentaire. Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES, l'appariement d'ESPS avec les données de l'assurance Maladie disponibles dans l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) et les informations récoltées dans l'Enquête sur les Contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires (ECPS) menée par la DREES.

- le modèle Inès, développé par la DREES et l'Insee, qui permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'assurance maladie obligatoire, y compris celles payées par les employeurs. Le principe du modèle de microsimulation Inès, consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la CNAF et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

Pour en savoir plus, se reporter à la publication : « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie » Jonathan Duval, Rémi Lardellier, DREES, Comptes nationaux de la santé.