AMO-AMC
Quelques considérations sur les conséquences de la mixité du système français sur l'équité

Catherine Pollak (DREES)

Matinée thématique du Collège des économistes de la santé
« Quelle complémentarité entre AMO et AMC? »
19 octobre 2017

Conséquences de la mixité du système français sur l'assurabilité et l'équité:

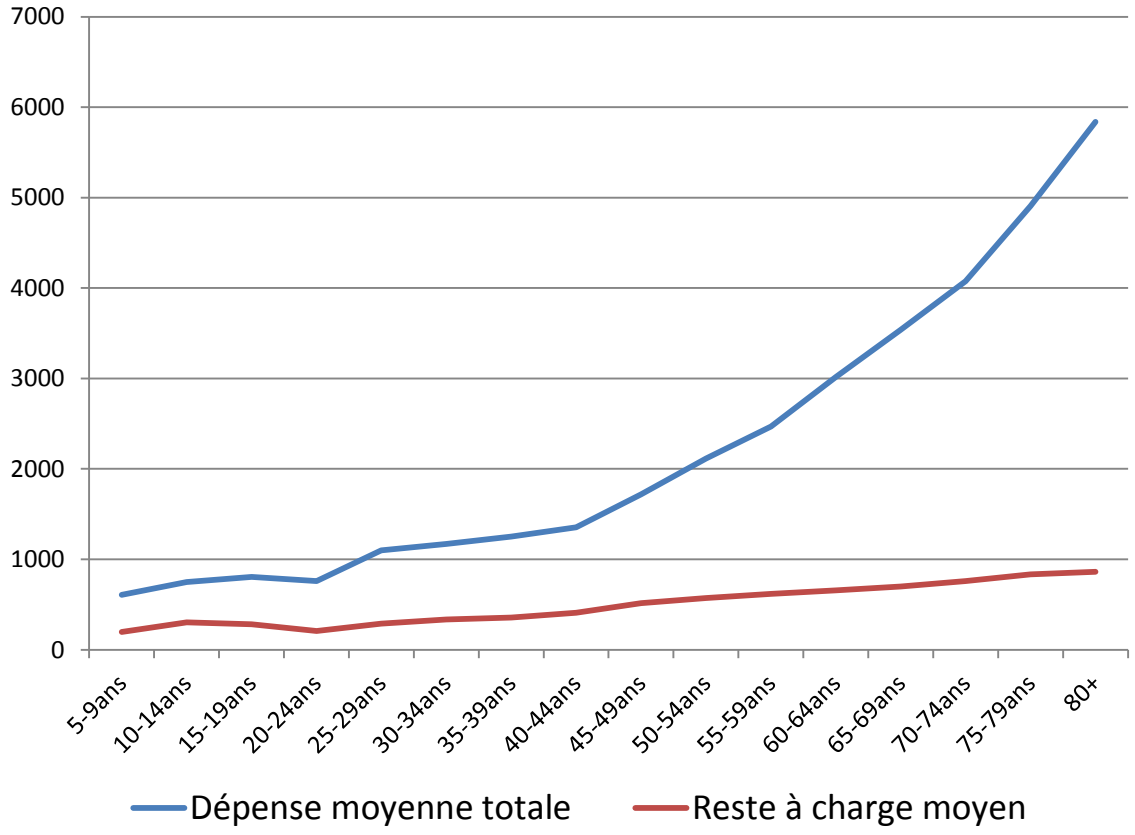
- L'effet des caractéristiques de l'AMO sur la mutualisation du risque et l'accessibilité financière à l'AMC

- Les conséquences de la mixité AMO-AMC sur l'équité verticale dans le financement *(« de chacun selon ses moyens »)*

- Les conséquences de la mixité AMO-AMC sur l'équité horizontale dans la consommation de soins *(« à chacun selon ses besoins »)*

1. Mutualisation du risque et accessibilité financière à l'AMC

- L'augmentation des dépenses avec l'âge est fortement compensée par l'AMO
- Dépenses des plus âgés orientée vers des soins bien remboursés + dispositif ALD
- Mutualisation du risque favorable à un bon fonctionnement de l'AMC



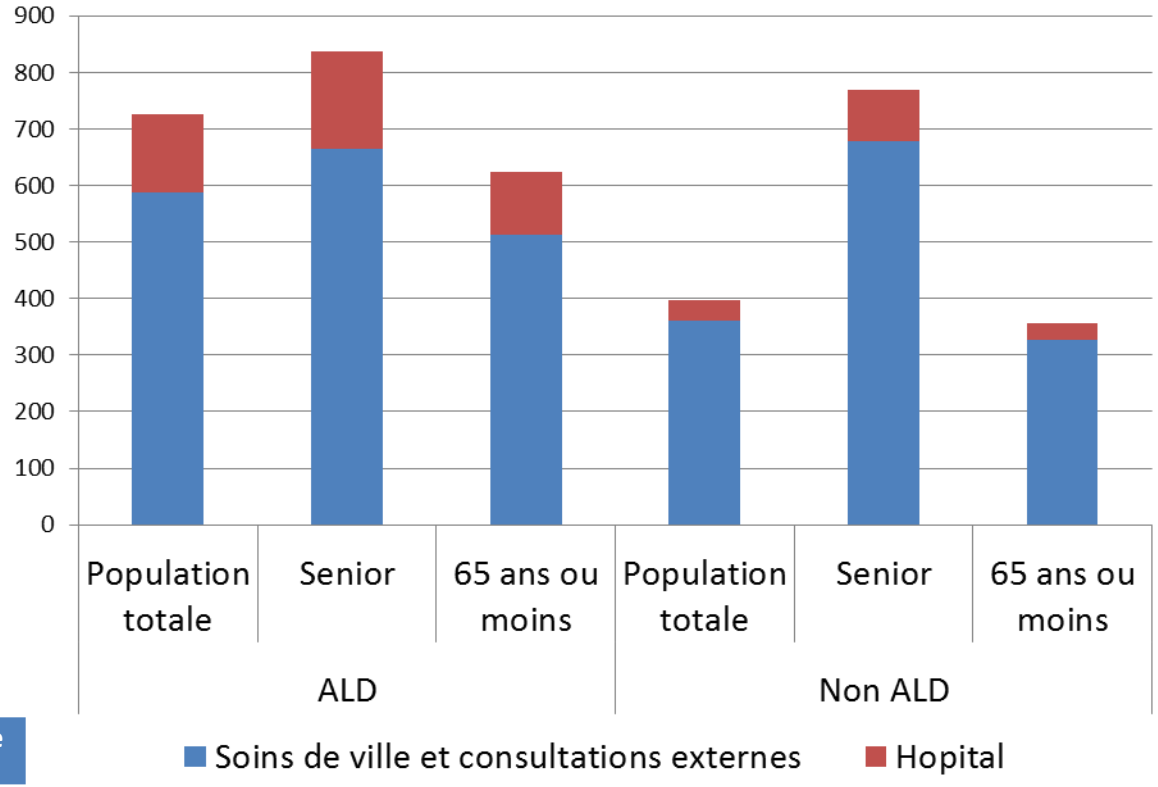
Champ > Assurés du régime général hors SLM, AME et migrants
Source > Cnamts, EGB-ATIH 2013, calculs Drees

1. Mutualisation du risque et accessibilité financière à l'AMC

- RAC AMO des ALD plus élevés surtout en soins de ville, malgré un taux de prise en charge plus élevé

- un écart qui s'explique largement par l'âge plus élevé des personnes en ALD

- Système ALD limite le risque de sélection sur le marché privé



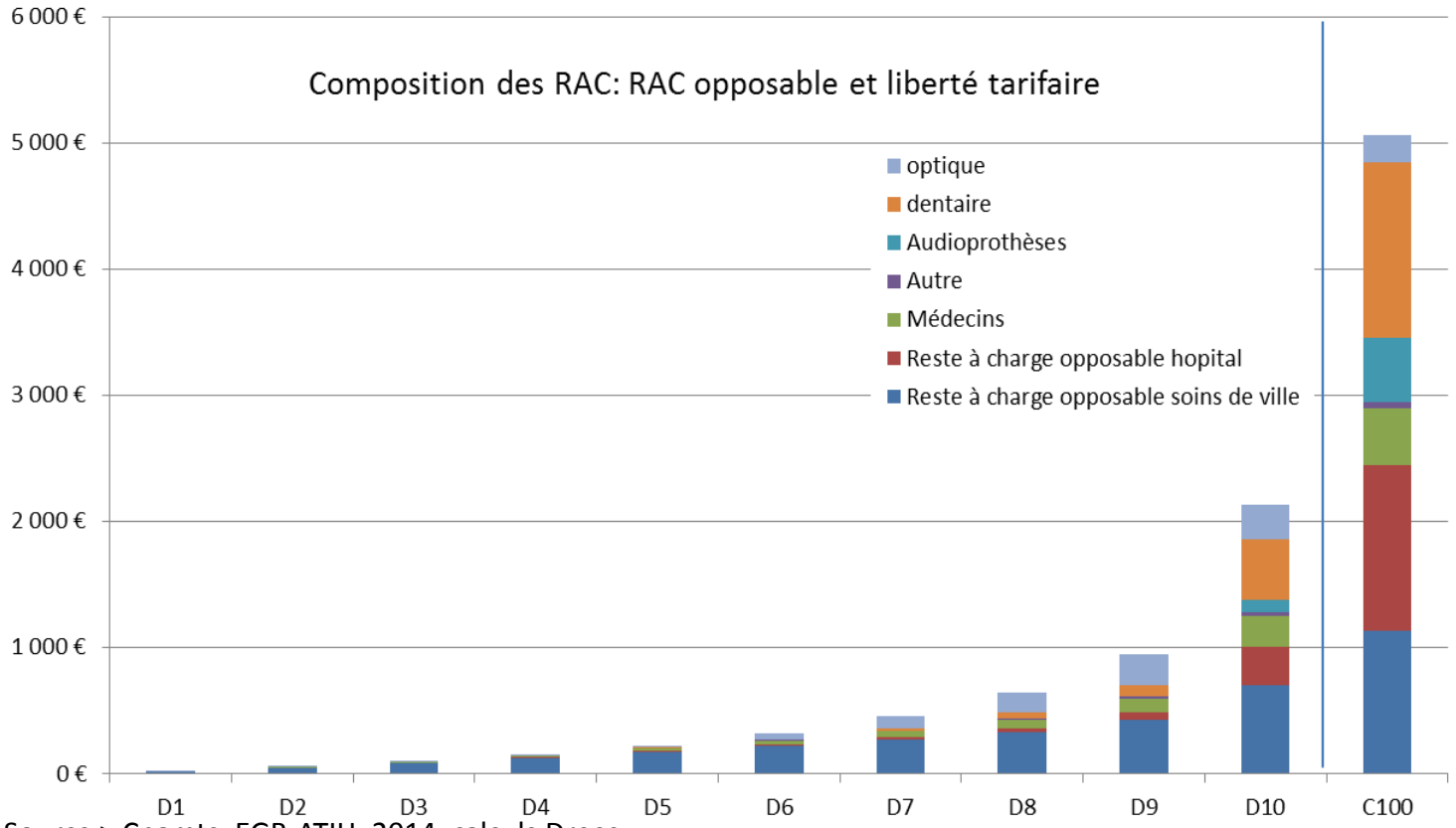
Part de la dépense prise en charge par l'AMO

	Non ALD	ALD	Ensemble
Soins ambulatoires	50,4%	85,1%	68%
Hôpital	87,7%	95%	92,4%
Ensemble des soins	61,5%	89,3%	76,9%

Source> Cnamts, EGB-ATIH, 2014, calculs Drees
Champ> Régime général hors SLM

1. Mutualisation du risque et accessibilité financière à l'AMC

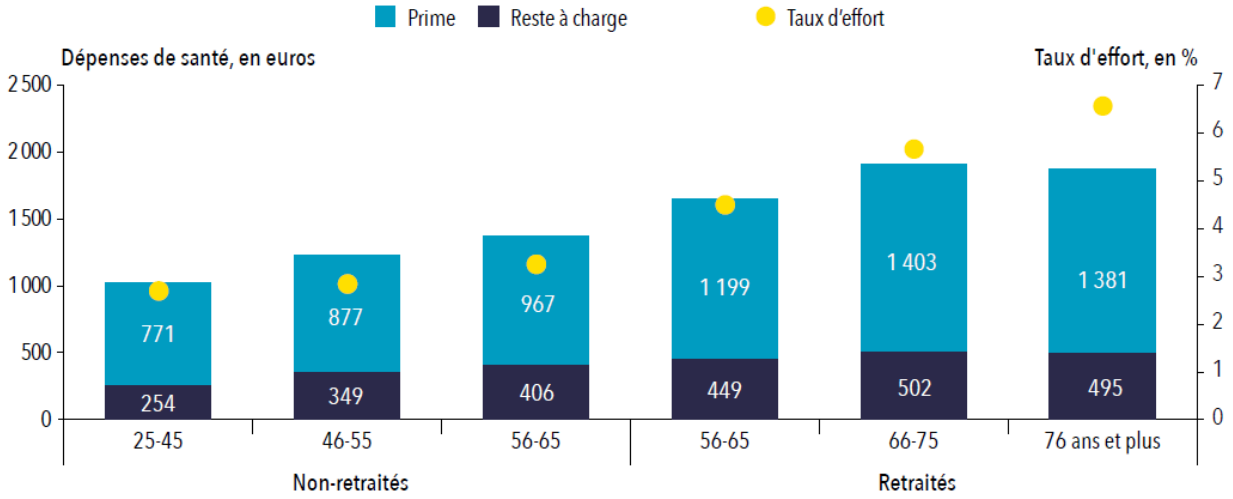
Présence de RAC AMO opposables catastrophiques, largement composés de RAC hospitaliers
Importance de la liberté tarifaire dans les RAC élevés: dentaire, audioprothèses, dépassements, optique



Source > Cnamts, EGB-ATIH, 2014, calculs Drees

1. Mutualisation du risque et accessibilité financière à l'AMC

Moins bien couverts, les retraités paient des primes élevées du fait de la tarification à l'âge des contrats individuels



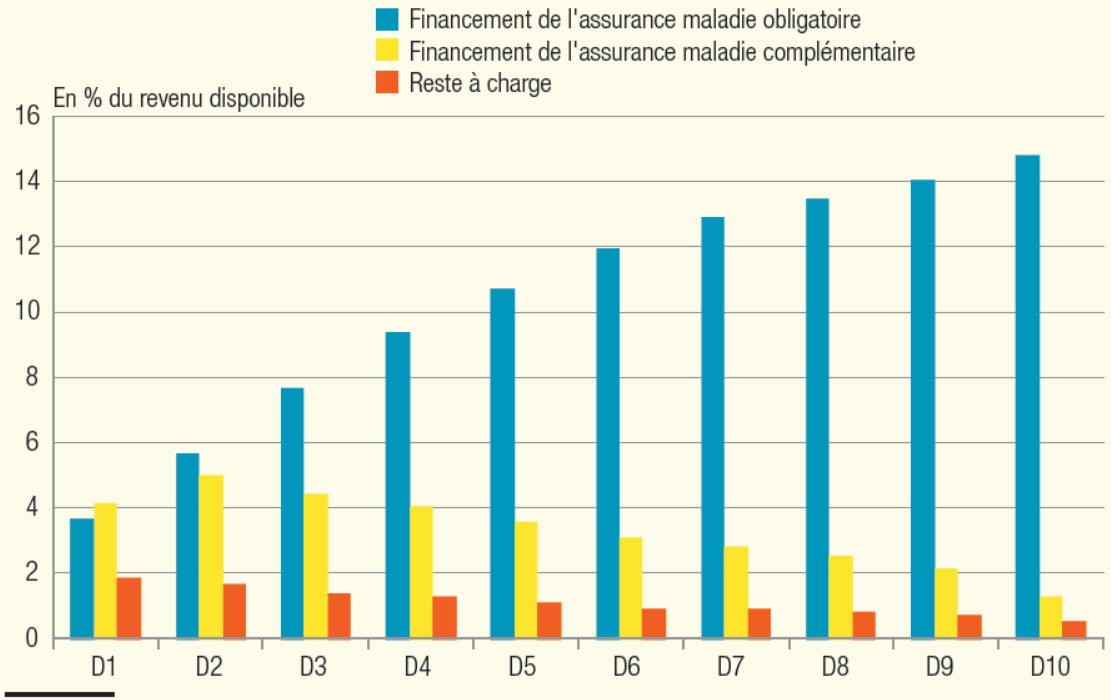
Note > Le chèque ACS, ainsi que la participation de l'employeur pour les contrats collectifs sont déduits des primes. Le taux d'effort est la somme du reste à charge et des primes rapportée au revenu disponible du ménage.
Champ > Ensemble des ménages en ménages ordinaires ; les ménages retraités sont les ménages dont l'un des membres est retraité ; l'âge du ménage correspond à l'âge du membre du ménage le plus âgé.
Source > Ines-Omar 2012.

Problématique pour les retraités modestes : 11% de leur revenu est consacré aux dépenses de santé dans le 1er quintile (vs 3,2% pour les retraités du Q5)

2. Équité verticale dans le financement

- Progressivité du financement AMO : forte équité verticale
- Des RAC plus élevés chez les ménages aisés mais pesant davantage dans les revenus des ménages modestes

Contributions des ménages au financement des assurances maladie obligatoire et complémentaire, reste à charge des ménages



Lecture • Le financement de l'assurance maladie obligatoire représente 8 % du revenu disponible des ménages appartenant au 3e décile (D3). Le financement de l'assurance complémentaire et leur reste à charge représentent respectivement 4 % et 1 % de leur revenu disponible.
Champ • Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.
Source • INES-Omar 2012.

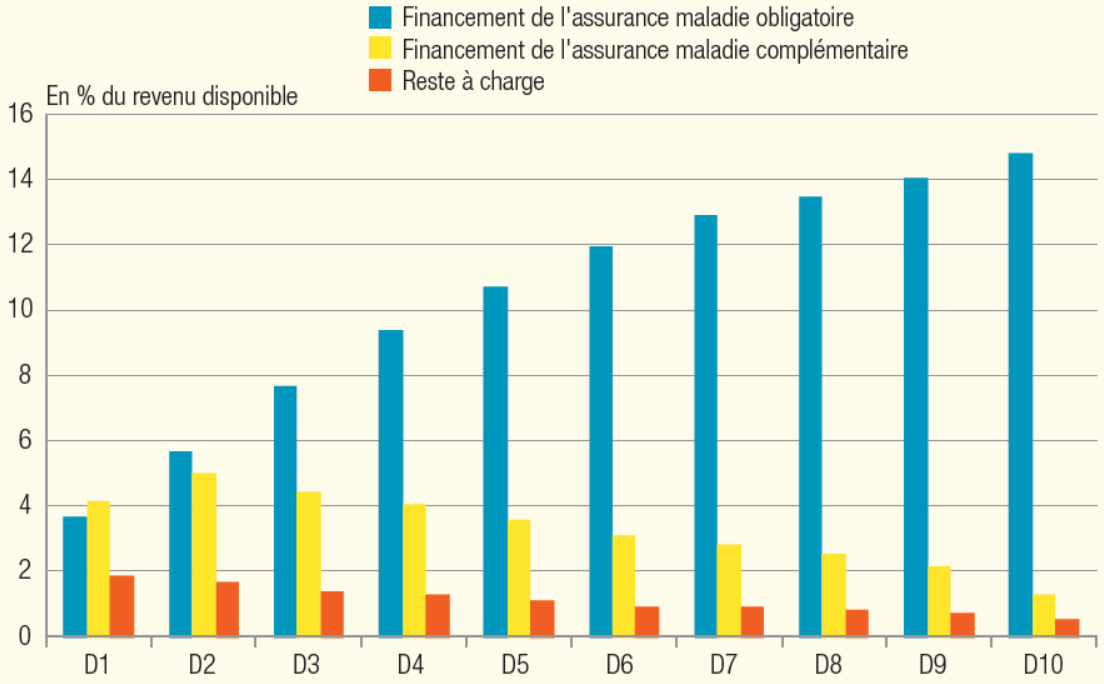
2. Équité verticale dans le financement

- L'AMC contribue faiblement à la solidarité entre hauts et bas revenus:

- Tarification à l'âge, pour 90% des bénéficiaires de contrats individuels, avec des pratiques tarifaires des mutuelles qui se rapprochent des sociétés d'assurance

- Tarification au revenu, pour 43% des bénéficiaires de contrats collectifs, en hausse depuis 2006

Contributions des ménages au financement des assurances maladie obligatoire et complémentaire, reste à charge des ménages



Lecture • Le financement de l'assurance maladie obligatoire représente 8 % du revenu disponible des ménages appartenant au 3e décile (D3). Le financement de l'assurance complémentaire et leur reste à charge représentent respectivement 4 % et 1 % de leur revenu disponible.
Champ • Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.
Source • INES-Omar 2012.

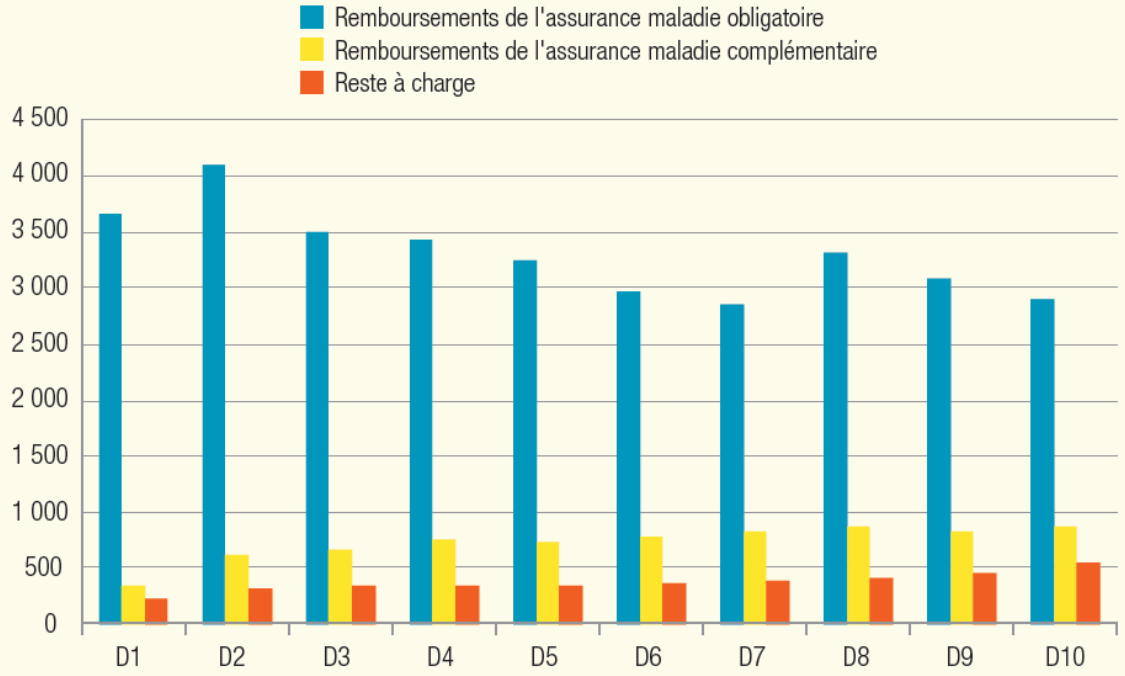
3. Équité horizontale dans la consommation de soins

- Remboursements AMO déconnectés des contributions et un peu plus élevés pour les ménages modestes

- Inégalités sociales de santé partiellement compensées par l'AMO (meilleure prise en charge de certains soins, davantage d'ALD, CMUC)

- Remboursements AMC plus faibles pour les ménages modestes: taux de couverture et qualité des contrats

Remboursements des assurances maladie obligatoire et complémentaire, reste à charge des ménages



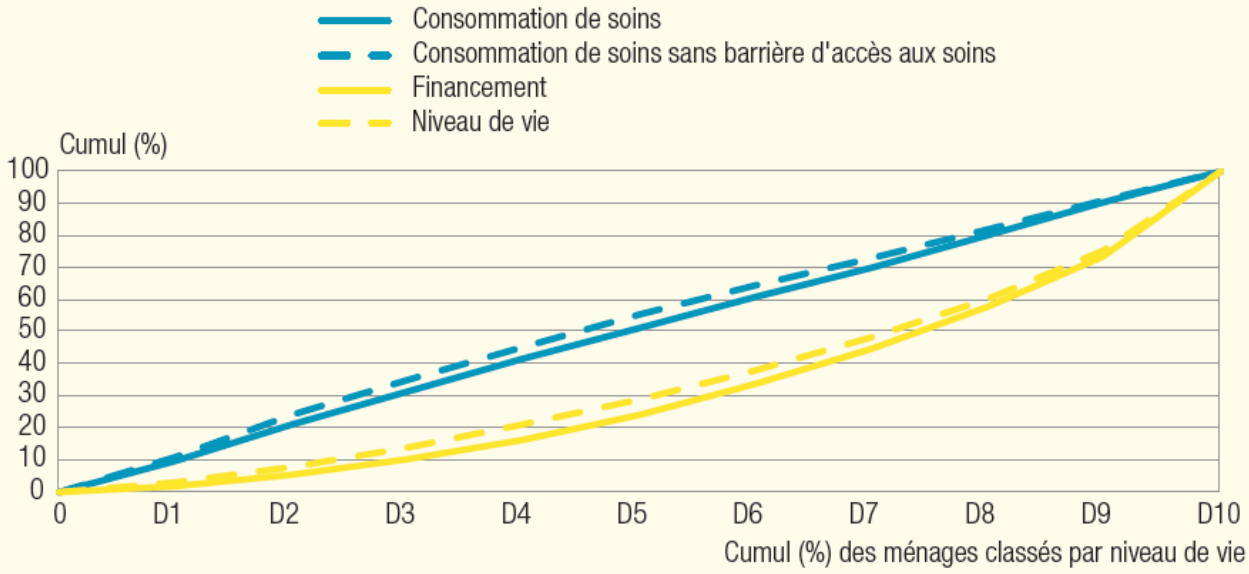
Lecture • L'assurance maladie obligatoire finance les dépenses de santé des ménages appartenant au 3e décile (D3) à hauteur de 3 500 euros. L'assurance maladie complémentaire leur rembourse 670 euros, et leur reste à charge s'élève à 330 euros.
Champ • Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.
Source • INES-Omar 2012.

3. Équité horizontale dans la consommation de soins

- En l'absence de barrières d'accès aux soins, les dépenses de santé seraient plus concentrée chez les ménages modestes, en raison d'inégalités sociales de santé

- L'objectif d'équité horizontale dans la consommation de soins n'est pas atteint

Solidarité du financement et des prestations du système d'assurance maladie (assurance obligatoire, complémentaire et reste à charge des ménages)



Champ • Population vivant en France métropolitaine dans un ménage ordinaire.
Source • INES-Omar 2012.





Merci pour votre attention!
catherine.pollak@sante.gouv.fr



