

Les différentes formes de redistribution opérées par l'assurance maladie

Jonathan Duval, Rémi Lardellier, Renaud Legal (Drees, ministère de la Santé)

DOCUMENT PROVISOIRE N'ENGAGEANT PAS LA DREES
--

Cette étude repose sur l'analyse des différents mécanismes de financements et de prestations des assurances maladie obligatoire et complémentaire. Dans la lignée de précédents travaux réalisés à la Drees (Caussat *et al.* 2005), elle a pour ambition de mesurer les différents impacts redistributifs découlant de ce fonctionnement, du point de vue des inégalités de niveau de vie, des différents groupes d'âge et du risque maladie constaté. Pour cela, étant donnée l'absence actuelle de source exhaustive en la matière, les résultats sont issus de données microsimulées au sein des modèles Ines et Omar gérés à la Drees. A partir de là, l'article montre que les logiques de l'assurance maladie obligatoire permettent notamment aux plus modestes, aux plus malades et aux retraités un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque.

Le système d'assurance maladie obligatoire français poursuit par essence deux objectifs distincts : un objectif de solidarité entre bien portants et malades et un objectif plus englobant d'accessibilité financière des soins. Afin d'opérer une redistribution horizontale entre malades et bien portants, les niveaux de remboursement des soins dépendent du degré de morbidité supposé, avec des prises en charge différenciées selon les soins et selon les individus. Afin d'opérer une redistribution verticale au sein de la population, les cotisations maladie sont assises sur les revenus, sans lien *a priori* avec le niveau de risque individuel et le niveau des remboursements.

Les transferts entre classes d'âge sont largement imputables à la redistribution qu'opère le système entre « bien portants » et « malades ». Plus précisément, ils ont deux origines : d'une part le profil de consommation de soins en fonction de l'âge, d'autre part les disparités de cotisations entre les différents âges. Ces dernières résultent des disparités de revenus entre les différentes classes d'âge et des barèmes de cotisation qui ne traitent pas identiquement des revenus d'origines différentes.

La redistribution verticale s'explique quant à elle par la rupture existant entre financement et prestation. Comme le lien entre cotisations et revenus diffère de celui qui existe entre remboursements et revenus, l'assurance maladie obligatoire contribue à redistribuer les revenus.

Outre l'analyse de ces deux types de redistribution résultant de l'assurance maladie obligatoire, il est intéressant d'analyser les transferts opérés par les couvertures maladies complémentaires. En effet, ces dernières fonctionnent selon une logique radicalement différente de celle de l'assurance maladie obligatoire : excepté certains contrats collectifs et quelques contrats proposés par des mutuelles de la fonction publique, les primes ne dépendent pas des revenus. En revanche, elles sont très fréquemment calculées en tenant compte de l'âge de l'assuré. On s'attend donc *a priori* à des résultats redistributifs très différents entre assurance obligatoire et couvertures complémentaires.

A ce jour, il n'existe pas de source statistique unique qui comporterait l'ensemble des informations nécessaires pour dresser un tel bilan : notamment, peu de données relatives aux remboursements complémentaires sont disponibles. Aussi ces résultats s'appuient sur le rapprochement de deux outils de microsimulation : l'Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes à Charge (Omar) développé par la Drees, et Ines, outil de microsimulation géré conjointement par la Drees et l'Insee, et régulièrement mobilisé pour l'analyse des transferts redistributifs opérés par le système de protection sociale français.

Cette étude n'a pas pour objectif de mettre à jour de nouveaux mécanismes de redistribution du système d'assurance maladie français : ceux-ci sont généralement bien connus. En revanche, elle vise à quantifier ces phénomènes si souvent décrits mais rarement mesurés, faute de données disponibles. Elle offre ainsi une vision d'ensemble du poids et de l'impact redistributifs des financements et des prestations des assurances maladie obligatoire et complémentaire. Enfin, elle contribue à éclairer les débats sur les rôles respectifs des organismes complémentaires et de l'assurance maladie obligatoire dans la prise en charge des dépenses de santé, rappelant les effets différenciés de leurs interventions.

Après un bref retour sur la littérature existant sur les effets redistributifs de l'assurance maladie, nous détaillerons les mécanismes de fonctionnement du système d'assurance maladie français, tant pour sa sphère publique que pour sa sphère privée. Par la suite, les deux outils de microsimulation sur lesquels repose cette étude, et le rapprochement réalisé entre eux seront détaillés. Enfin, les résultats issus de travaux récents menés à la Drees seront synthétisés dans la troisième partie et permettront de mesurer les redistributions opérées par l'assurance maladie.

1. Revue de littérature : assurance maladie, redistribution et méthodes de microsimulation

a. Au sein de l'OCDE, la nécessité d'améliorer les travaux sur les inégalités en prenant en compte les prestations en nature

Référence en matière d'analyse de la redistributivité des différents types de financement des couvertures maladie, une comparaison internationale des systèmes de santé a été coordonnée par A. Wagstaff et E. van Doorslaer (1999). Il s'agit pour les différents auteurs, à partir de leurs données nationales, de calculer des indices de Gini puis d'effectuer une décomposition théorique entre redistribution verticale pure, redistribution horizontale et effets de rang. Pour les données françaises, C. Lachaud et L. Rochaix recourent à des données de 1989 (*cf. infra*). Globalement, les auteurs concluent que les systèmes d'assurances sociales et les taxes directes effectuent une redistribution verticale ; à l'inverse, les paiements directs (restes à charge) et les cotisations d'assurances privées sont souvent anti-redistributives. Pour la France, la forte redistribution mesurée tient autant au niveau de progressivité du financement qu'à la part élevée des revenus qui lui est consacrée. Hormis l'ancienneté des données, cet article a pour limite majeure de ne s'intéresser qu'au seul financement des dépenses de santé (AMO, AMC et reste à charge) et de ne pas aborder l'effet redistributif des prestations (limite que n'a pas l'étude plus ancienne de Lachaud et Rochaix puisque les auteurs s'intéressent à l'équité horizontale du point de vue des prestations).

Plusieurs travaux menés dans le cadre de la Luxembourg Income Study (LIS) ont étudié l'impact des prestations de santé sur les inégalités. Notons par exemple, T. M. Smeeding *et al.* (1993) et E. Steckmest (1996). Dans ces deux articles, les auteurs ne visent pas à analyser exclusivement le rôle de la santé, mais plus largement à intégrer dans l'approche des inégalités les avantages en nature que sont les prestations logement, éducation et santé. L'enjeu est donc plus global et les résultats moins précis sur le champ de la santé. Les revenus et transferts moyens sont présentés à la fois suivant le niveau de vie et le type de ménage : ménages avec enfants (couples, célibataires ou autres), ménages âgés (couples ou isolés) et autres ménages sans enfants (célibataires, couples ou autres). Si l'analyse ne se fait pas selon l'âge, les deux approches se rejoignent néanmoins. Concernant la prise en compte des prestations de santé, la base LIS ne disposant pas d'informations individuelles à ce sujet, les données sont imputées. Pour cela, les auteurs calculent des remboursements moyens selon l'âge et le sexe, puis les attribuent à chaque individu suivant ces critères. Les prestations allouées sont donc indépendantes de la consommation effective et visent plutôt à mesurer un impact théorique des prestations de santé.

A partir de comparaisons entre revenus initiaux et revenus après prestations en nature Smeeding *et al.* concluent que la prise en compte des « revenus » de l'éducation, de la santé et des aides au logement diminue le risque de pauvreté au cours de la vie et limite les iniquités intergénérationnelles qui peuvent être mises en lumière si l'on ne prend en compte que les revenus initiaux. Pour la Norvège, Steckmest montre avant tout les limites d'une telle imputation des prestations maladie. Les résultats reflètent avant tout les variations suivant l'âge présidant à l'imputation : les ménages les plus âgés bénéficient plus de ces prestations. Selon le critère de niveau de vie, l'auteure propose le calcul d'indices de Gini : sur revenus non ajustés à la taille du ménage, l'indice augmente à la suite de la prise en compte des prestations maladie ; sur revenus ajustés, il diminue mais faiblement. Après avoir croisé ses deux variables de classement (niveau de vie et type de ménage), n'ayant trouvé que de faibles différences, Steckmest conclut qu'« *il est donc difficile de dire si le système de santé norvégien parvient à offrir une prise en charge égale pour tous, mais, a minima, aucun biais « pro-riche » n'est mis en évidence* ».

b. En France, des études restreintes par l'incomplétude des systèmes d'information

En France, une des premières études cherchant à mesurer les effets redistributifs de l'assurance maladie est celle publiée par C. Lachaud et L. Rochaix (1995) à partir de données du début de la décennie 1980 (enquêtes Santé 1980 et Budget des ménages 1984). Dans leur travail, les auteurs adoptent deux axes d'analyse : d'une part le principe d'équité verticale fondant le système de financement de l'AMO en France, d'autre part, celui d'équité horizontale présidant le versement des prestations. S'intégrant dans un programme de travail international, cette recherche adopte une méthodologie standard faite d'indices de Kakwani pour la première partie, et d'une standardisation de la consommation de soins sur ses déterminants pour la seconde. Les résultats font alors état de la régressivité globale du système de financement, tant de l'AMO (plafonnement des cotisations sociales des indépendants, biais lié aux revenus utilisés) et de l'AMC (cotisations liées aux contrats souscrits) que des paiements directs des ménages. Pour la partie prestations, les conclusions vont vers une iniquité (après standardisation sur la morbidité notamment) favorable aux plus démunis. Cette dernière partie est cependant limitée aux prestations versées par les régimes de base : en l'absence de données portant sur les remboursements complémentaires, le champ de l'AMC ne pouvait être traité.

Une étude, publiée par F. Lenseigne et P. Ricordeau en 1997, présente elle une analyse dynamique, en cycle de vie. Les deux auteurs choisissent en effet d'analyser le gain retiré, par génération (1930-1994 ; à partir de diverses sources, Comptes trimestriels, DADS et enquêtes Santé et soins médicaux entre autres), du financement et des prestations de l'assurance maladie (obligatoire). La majeure partie de leur analyse repose sur le calcul d'un taux de rendement interne à chaque génération, à savoir le taux d'actualisation qui annule la somme des flux (financements et prestations) sur le cycle de vie. A partir de cet indicateur, les auteurs peuvent construire différents *scenarii* quant à l'évolution des mécanismes de financement (hausse des cotisations des retraités par exemple) et de prestation (de l'assurance maladie afin d'en évaluer les impacts sur les différentes générations. En première approche, ils estiment également le solde « prestations moins cotisations » pour ces générations et montrent que « *l'opération d'assurance maladie dégage un solde positif pour l'ensemble des générations, qui a tendance à augmenter d'une génération à l'autre en même temps que les dépenses de santé* ». L'intérêt d'une telle approche est évident, tant les analyses de long terme sont rares et l'angle générationnel enrichissant. Notons néanmoins encore une fois l'absence de données relatives à la part complémentaire de l'assurance maladie.

Plus récemment, la Drees a déjà publié une étude en la matière, portant cette fois sur la redistribution verticale opérée par l'assurance maladie (données Ines, ESPS et Epas 2002). Les résultats publiés en 2005 par L. Caussat, S. Le Minez et D. Raynaud mettent en avant un effet redistributif de l'AM non négligeable – des quatre derniers déciles de niveau de vie vers les six premiers – mais néanmoins diminué lorsque celui-ci est standardisé par les indicateurs d'état de santé. Cette étude trouve cependant ses limites dans l'absence de données concernant les prestations versées par les organismes complémentaires (données inexistantes en 2002). En effet, dans cette étude, les auteurs mettent « *en évidence la mauvaise connaissance du marché de l'assurance maladie complémentaire* » et présentent trois hypothèses concurrentes quant à la relation existant entre remboursements complémentaires et revenus : une première hypothèse de proportionnalité, une deuxième de progressivité et une dernière de régressivité des remboursements AMC en fonction des revenus. Ainsi, bien que l'AMC représente « *une part limitée (13,5%) de l'ensemble des dépenses de santé* » comme le notent les auteurs, une telle absence de données empêche cependant de raisonner sur l'ensemble du système français et de comparer les résultats propres à chacune des deux assurances maladie.

Enfin, dernière étude en date, celle publiée par l'Insee en 2007 dans l'ouvrage annuel *France, portrait social* qui s'intéresse à la prise en compte des transferts liés à la maladie en termes

redistributifs. Dans cet article, ce sont à la fois les cotisations et les prestations qui sont prises en compte, pour la seule AMO (à partir de l'enquête Santé 2002-2003). Une particularité de cette étude réside dans la nature des prestations considérées. L'auteur expose que deux solutions existent quant au type de prestations de santé à imputer aux individus : « *Une première solution consiste à effectuer une imputation sur la base de la consommation effective de soins de chacun. [...] Une seconde solution, reposant sur une approche purement assurancielle, consiste à supposer que tous les individus bénéficient du même niveau de transfert potentiel et à imputer à tous la même fraction de dépense publique* ». Choissant la seconde solution (en modulant les transferts suivant l'âge et le sexe), il étudie alors une redistribution potentielle et montre que l'effet redistributif de l'AMO est de même niveau que celui propre aux prestations sociales.

c. De l'atout des bases de données microsimulées

Les études françaises ayant trait aux différentes formes de redistribution effectuées par l'assurance maladie sont constamment restreintes à l'absence de données de prestations d'AMC. Une solution pour pallier cette absence est de microsimuler les données permettant de réaliser l'étude.

Dans sa présentation d'un dossier « Microsimulation » de la revue *Économie et statistique*, D. Blanchet (1998) expose les atouts des données microsimulées : « *le développement de ces modèles répond aux besoins croissants d'évaluation des politiques sociales ou redistributives, qu'il s'agisse de mieux identifier les bénéficiaires, de mieux évaluer leur coût ou leurs conséquences sur l'équilibre économique* ». La simple analyse d'agrégats macroéconomiques ne permet pas, en effet, une grande précision dans la mesure des conséquences des politiques publiques.

Dans cette même revue, P. Breuil-Genier (1998) recense au sein d'un article les différents types de modèles de microsimulation développés en économie de la santé. Dans un premier temps, elle définit la microsimulation comme étant « *toute simulation basée sur une description microéconomique de la diversité des individus et s'appuyant sur cette représentation pour l'élaboration et l'interprétation des résultats* ». Comme le détaille l'auteure, selon que la microsimulation a été initiée par les pouvoirs publics, des statisticiens, des épidémiologistes ou des économistes, la forme qu'elle prend n'est pas la même ; elle servira par exemple à mesurer l'incidence de réformes projetées ou alors à reconstituer une base de données individuelles inexistante ou partiellement existante. C'est à cette dernière catégorie que peut être rattachée la microsimulation à laquelle nous recourons. Dans son article, P. Breuil-Genier évoque plusieurs modèles permettant de constituer ainsi des bases de données individuelles de dépenses de santé, développés notamment aux États-Unis. Notamment, le ministère américain de la Santé a, dès le milieu des années 1990, mis en place un outil de microsimulation pour évaluer l'intérêt de certaines réformes : « *il se base sur la population du Current Population Survey, à laquelle on impute des données de dépenses médicales issues du National Medical Expenditure Survey calées sur les comptes de la santé. Ceci permet de disposer des dépenses de santé de chaque individu ventilées en treize postes et de leur décomposition par source de paiement* ». Un modèle similaire existe en Australie, le PHEM (*Public Health Expenditure Model*), simulant les dépenses de santé individuelles et permettant dès lors de prendre en compte les prestations en nature dans le cadre d'analyses de la distribution des revenus.

2. Quels financements pour quelles prestations ?

a. Financements

Le financement de l'AMO, assis sur les revenus du travail et du patrimoine

Les ménages participent au financement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) par le biais des cotisations et des contributions sociales.

Ainsi une partie de la CSG est affectée à la branche maladie de la Sécurité sociale. Cette part de CSG représente plus du tiers du financement de l'Assurance maladie. La CSG est un impôt proportionnel sur une assiette de revenus très large qui comprend les revenus d'activité, salariés ou non, les revenus de remplacement (principalement chômage et retraite), les revenus du patrimoine et de placement et les revenus des jeux. Ces derniers ne sont pas pris en compte dans cette étude et la CSG sur les revenus du capital n'est modélisée qu'imparfaitement par manque de données sur la nature des prélèvements effectués à la source¹.

Le taux de CSG applicable dépend de la nature du revenu. Les revenus du patrimoine et les produits de placement sont assujettis à la CSG au taux de 8,2 % dont 5,95 pts sont affectés à la branche maladie de la Sécurité sociale. Les salaires sont soumis au taux de 7,5 % sur une assiette correspondant à 97 % de la rémunération brute (5,29 pts sont affectés au financement de l'AMO). Le taux applicable aux pensions de retraites et aux allocations chômage est quant à lui variable selon le niveau de revenus du foyer fiscal (tableau 1). Néanmoins, les taux maximaux sur chacun de ces revenus de remplacement restent moins élevés que celui pratiqué sur les revenus d'activité.

Tableau 1 - Taux de CSG en 2008 sur les revenus de remplacement

	Assiette	Taux de CSG (dont part affectée à la branche maladie)		
		Si Revenu fiscal de référence (RFR) en 2006 < seuil	Si RFR en 2006 > seuil mais impôt sur les revenus 2006 < 61 euros	Si RFR en 2006 > seuil mais impôt sur les revenus 2006 > 61 euros
Retraites et pensions d'invalidité	Totalité de la pension	0,0 %	3,8 % (3,80 pts)	6,6 % (4,35 pts)
Allocations chômage et préretraite	97 % de l'allocation journalière brute	0,0 %	3,8 % (3,80 pts)	6,2 % (3,95 pts)

Note : le seuil correspond au seuil d'allègement de la taxe d'habitation. Pour la CSG sur les revenus 2008, il correspond à un seuil de RFR en 2006. Il est égal à 9 437 euros + 5 040 euros * (nombre de parts du quotient familial - 1).

La branche maladie reçoit également des cotisations sociales salariales et patronales via les salaires. Dans cette étude les cotisations patronales sont prises en compte et attribuées aux salariés correspondants. Les cotisations patronales représentent plus de 90% des cotisations sociales reçues par la branche maladie. Dans le régime général et hors dispositifs d'allègement pour les bas salaires (allègements Fillon), le taux de cotisations patronales pour le risque maladie et maternité est de 12,8%. La branche maladie reçoit, enfin, des cotisations des non-salariés. En revanche les cotisations salariales affectées au risque maladie le sont plus

¹ Tous ces prélèvements se font à titre individuel sauf la CSG sur les revenus du capital. Pour cette dernière, le choix fait dans cette étude est de l'attribuer à parts égales à la personne de référence et à son conjoint le cas échéant. En conséquence, aucun enfant ne se voit attribuer de CSG patrimoine.

spécifiquement au financement des indemnités journalières et ne sont donc pas prises en compte dans cette étude.

Les cotisations d'AMC dépendent du contrat souscrit

Hormis les personnes assurées au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire² (CMU-C ; 6 % de la population), la souscription d'une couverture maladie complémentaire implique le paiement de cotisations à l'organisme assureur qui peuvent être en partie prises en charge pour les personnes dont les ressources sont situées juste au-dessus du plafond de la CMU-C (aide à la complémentaire santé). Les données disponibles à ce jour ne permettent pas de connaître ces cotisations de façon détaillée au niveau individuel, elles peuvent toutefois être estimées à partir de l'enquête menée par la Drees sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires.

Suivant le type de contrat – individuel ou collectif – le mode de calcul des primes versées aux organismes complémentaires n'est pas le même.

Contrat collectif

L'expression « contrat collectif » renvoie aux contrats d'assurance maladie complémentaire proposés aux salariés par l'intermédiaire de leur employeur ou de leur branche professionnelle (33 % de la population sont concernés). Ces contrats peuvent être à souscription facultative ou obligatoire. Les garanties proposées s'appliquent ainsi de manière uniforme à un groupe de salariés (cadres / non-cadres par exemple) ou à l'ensemble du personnel de l'entreprise.

Le financement de ces contrats repose le plus souvent à la fois sur l'employeur et l'employé : une part des cotisations est payée par l'assuré lui-même, le reste est financé par une participation de l'employeur. Les deux financeurs bénéficient alors d'avantages fiscaux, qui ne sont pas pris en compte dans Ines-Omar. Selon l'enquête PSCE de l'Irdes, en 2009, 92 % des employeurs proposant un contrat collectif à leurs salariés participaient financièrement, à hauteur de 57 % en moyenne, à l'achat de ce contrat (cf. Guillaume et Rochereau 2010). Les cotisations sont souvent modulées en fonction du revenu. Dans de nombreux cas, l'existence de forfaits famille implique en outre que le rattachement d'ayants-droit au contrat n'entraîne pas de surcoût pour l'assuré.

Ainsi, le caractère collectif de ces contrats d'entreprise et leur mode de tarification – cotisations modulées en fonction du revenu et souvent indépendantes du nombre de personnes à prendre en charge – font qu'il est possible de les rapprocher de la logique de l'assurance maladie : la couverture du risque individuel n'est pas le seul fondement de ce type d'assurance.

Contrat individuel

Les autres contrats, souscrits directement par les assurés auprès de l'organisme de couverture maladie complémentaire, sont appelés contrats individuels (55 % de la population)³. L'assureur prend alors en charge un risque propre à une personne bien définie. Alors que dans le cadre des contrats collectifs la tarification se fait suivant le niveau de risque du groupe, la tarification est ici individualisée en fonction du niveau de risque de l'assuré.

Ainsi, les résultats de l'enquête menée par la Drees sur les contrats les plus souscrits montrent que près de 80 % des personnes couvertes par un contrat individuel modal payent des cotisations dépendant de leur âge. Cette proportion s'élève même à quasiment 100 % lorsque l'organisme est une société d'assurance (cf. Garnero et Rattier 2011). D'autres critères tels que le

² En 2011, plus de 4,4 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C (données du Fonds CMU-C). Ce dispositif instauré en 1999 permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et de certains frais supplémentaires. Il concerne, en 2012, les personnes dont les ressources annuelles sont inférieures à 7 934 euros (pour un célibataire métropolitain). Gratuite pour ses bénéficiaires, la CMU-C est financée par une taxe de 6,27 % assise sur le chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires.

³ Y compris les contrats proposés aux agents des fonctions publiques.

lieu de résidence sont aussi pris en compte, mais dans une moindre mesure. Globalement, cela conduit les personnes âgées à payer sensiblement plus cher leur couverture complémentaire et ce, parfois, pour de moindres garanties. Ces contrats peuvent toutefois être pris en partie en charge pour les plus modestes par le dispositif d'aide à la complémentaire santé.

b. Prestations

Une prise en charge différenciée suivant la gravité

Dans l'ensemble des résultats présentés ici, les seules prestations maladie prises en compte sont celles versées en nature, autrement dit, les remboursements de soins. Les indemnités journalières relèvent en effet de mécanismes et problématiques différentes, qui méritent d'être analysées isolément. Par ailleurs, l'objet étant d'analyser le rôle de l'assurance maladie, rappelons que les seules consommations de soins prises en compte sont celles présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire. *De facto*, les dépenses d'automédication ou de médecines non conventionnelles ne sont pas présentes dans les bases de données des régimes de base et ne peuvent donc être analysées ici. Enfin, certaines prestations globales, relevant des missions d'intérêt général ou à l'aide à la contractualisation (Migac) ne sont pas individualisables et donc exclues du champ de nos analyses.

Les mécanismes de prise en charge des dépenses de santé par l'AMO sont fonction de la gravité des pathologies soignées. Ainsi, les soins hospitaliers portant généralement sur des cas plus compliqués, le taux général de remboursement à l'hôpital est fixé à 80 % des frais d'hospitalisation (hors forfait hospitalier). Au contraire, les soins de médecine ambulatoire sont pris en charge à un taux plus faible : 70 % de la base de remboursement pour une consultation de médecin au sein du parcours de soins. De plus, à l'hôpital comme en ville, lorsque le tarif de l'acte pratiqué est supérieur à 120 euros, le ticket modérateur est remplacé par un forfait de 18 €.

Cette logique de prise en charge différenciée suivant la gravité est encore plus visible pour les dépenses pharmaceutiques. Certaines molécules irremplaçables et coûteuses sont entièrement prises en charge (médicaments à vignette blanche barrée), quand d'autres sont remboursées à 65 %, 30 % ou 15 % suivant le niveau de « service médical rendu » qui leur a été reconnu par la Haute autorité de santé (HAS).

Enfin, le niveau de la prise en charge est également renforcé lorsque le patient souffre de pathologies ou handicaps chroniques. Le dispositif des Affections de longue durée (ALD) permet ainsi à 15 % de la population française de bénéficier d'une prise en charge à 100 % sur la totalité des actes liés à leur pathologie chronique. A ce jour, 29 pathologies sont inscrites dans la liste des ALD ; d'autres maladies, répondant à des critères spécifiques de gravité, de durée et de coût des traitements peuvent également ouvrir droit à une telle prise en charge. Enfin, les femmes enceintes dans les derniers mois précédant le terme, les nouveau-nés et les bénéficiaires de pensions d'invalidité sont également exonérés de certains frais médicaux.

Si les mécanismes de prise en charge établis pour l'AMO visent à soutenir les dépenses des plus malades, il en va autrement de la prise en charge par l'AMC, résultant plus de la capacité financière de l'individu à souscrire un contrat de bonne qualité.

Des remboursements d'AMC qui dépendent du niveau de prise en charge du contrat

Après intervention de l'AMO, une partie des dépenses de santé reste à la charge des ménages : il s'agit notamment du ticket modérateur, des dépassements tarifaires par rapport à la base de remboursement légale ou de diverses participations financières. L'existence des AMC repose donc sur la prise en charge, partielle le plus souvent, de ce reste à charge après AMO. Si la CMU-C et l'ACS permettent d'atténuer les inégalités en offrant une couverture complémentaire aux plus

démunis, la proportion de personnes sans couverture complémentaire demeure toutefois bien plus élevée dans les premiers déciles de niveau de vie (20 % dans le premier décile contre 3 % dans le dernier).

D'autre part, le fait de disposer d'une couverture complémentaire ne présage pas du taux de prise en charge. Le marché de la complémentaire santé se répartit entre trois types d'organismes : les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Les bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sont assurés dans 58 % des cas par un contrat individuel et dans 42 % des cas par un contrat collectif, acquis par l'intermédiaire de l'entreprise (Garnero et Rattier, 2011). Or, le niveau de garanties des personnes assurées par les organismes complémentaires santé varie fortement selon le type de contrat adopté : les contrats collectifs sont en moyenne de meilleure qualité que les contrats. Le niveau varie également selon le type d'organisme et l'âge du souscripteur.

En définitive, ce sont à la fois le taux d'adhésion à une couverture complémentaire et la nature de cette couverture complémentaire qui varient fortement selon le milieu social (Bocognano *et al.*, 2000). Au fur et à mesure que le niveau de vie s'élève, la proportion de contrats collectifs croît, et symétriquement celle d'individus non couverts décroît. Cette hétérogénéité des couvertures complémentaires rend indispensable une observation microéconomique des garanties offertes par ces contrats. Il serait illusoire de vouloir approcher les remboursements complémentaires par une simple imputation globale de remboursements observés à l'échelle macroéconomique. Or, les systèmes d'informations disponibles à ce jour ne permettent pas de connaître les garanties et les remboursements de l'AMC à l'échelle individuelle. En attendant la mise en place de nouveaux systèmes d'information, l'imputation des données manquantes par microsimulation constitue l'une des solutions.

3. Ines-Omar, un outil de microsimulation pour l'analyse des transferts dans le champ de la santé

Le développement des modèles de microsimulation répond aux besoins croissants d'évaluation des politiques sociales ou redistributives, qu'il s'agisse de mieux en identifier les bénéficiaires ou de mieux en évaluer les coûts ou les conséquences sur l'équilibre économique. La microsimulation s'oppose à l'analyse par cas types et offre des possibilités d'analyse bien supérieures (Blanchet 1998, Breuil-Genier 1998).

L'outil Ines-Omar est le rapprochement de deux sources complémentaires permettant de mieux cerner les transferts économiques à l'œuvre dans le champ de la santé et à l'échelle individuelle. Le rapprochement de ces deux sources (Ines et Omar) se fait ici par microsimulation. Les individus présents dans la base Ines se voient imputer des informations individuelles sur la base des observations et des mécanismes décrits dans Omar. Le rapprochement de deux bases de données par microsimulation pour pallier l'absence de données exhaustives est une méthode couramment utilisée pour l'étude des transferts liés à la protection sociale (Steckmest 1996 notamment).

a. Omar

Omar, Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes-à-charge, élaboré par la Drees depuis 2009 a permis dans de récentes études (Legal *et al.* 2010) de renouveler l'approche du financement des dépenses de santé, notamment par une analyse plus fine du partage entre assurance Maladie, couvertures complémentaires et ménages⁴. Il s'agit ici de la principale source utilisée pour imputer des informations relatives à la santé et aux soins dans Ines.

⁴ La méthodologie permettant son élaboration est détaillée dans Lardellier *et al.* 2012.

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.

La mise en cohérence de ces bases de données passe par trois étapes d'imputation. Dans un premier temps, une imputation des revenus permet de corriger la non-réponse et la non-réponse partielle (déclaration par tranche de revenus) dans ESPS. La deuxième phase d'imputation concerne les dépenses de santé : seule la moitié de la population d'ESPS est appariée avec l'Epas, la seconde moitié se voit donc imputer des dépenses de santé. Enfin, au cours d'une troisième et dernière phase d'imputation, chaque individu de l'enquête de l'Irdes se voit attribuer un contrat de couverture complémentaire issu de l'enquête de la Drees. Grâce à cette dernière imputation, les taux de remboursements complémentaires sont connus et il est possible, en appliquant ces taux aux dépenses imputées ou constatées, de calculer les montants versés par les organismes complémentaires.

Si la correction de la non-réponse sur les revenus est réalisée par équations d'imputation et résidus simulés, les deux autres imputations recourent elles à la technique du hot deck stratifié (Haziza 2001)). Cette méthode consiste à mettre en relation deux individus aux caractéristiques similaires afin d'imputer la variable d'intérêt absente pour l'un (le « receveur ») à partir de la valeur déclarée pour l'autre (le « donneur »). Concrètement, pour les dépenses de santé la population ESPS est stratifiée suivant certaines variables explicatives de la dépense (sexe, âge, couverture complémentaire etc.) puis, chaque individu présent dans la base mais non apparié avec l'Epas se voit attribuer un montant de dépenses égal à celui d'un individu présent dans la même strate mais apparié avec l'Epas. Pour les contrats complémentaires, les variables utilisées pour la stratification sont le type d'organisme, le caractère individuel ou collectif du contrat, la qualité des garanties (classification Drees) et la tranche d'âge de l'assuré.

En fin de compte Omar permet de connaître, pour 22 000 individus (population ESPS), les dépenses de santé, les remboursements versés par l'assurance Maladie, les remboursements versés par une éventuelle couverture maladie complémentaire et enfin, les cotisations versées à l'organisme complémentaire le cas échéant.

b. Ines

Le principe du modèle de microsimulation Ines, développé par la Drees et l'Insee, 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 chaque ménage sont calculés les différents transferts monétaires (selon sa composition familiale, l'activité de ses membres et son revenu imposable). L'étude menée correspond à une analyse statique des transferts monétaires qui permet d'évaluer, au premier ordre, dans quelle mesure les transferts modifient à une date donnée la distribution des richesses. Le modèle Ines ne tient en effet pas compte des changements de comportement des ménages en matière de fécondité ou de participation au marché du travail que pourraient induire les évolutions des dispositions de la législation socio-fiscale.

Le modèle Ines simule les prélèvements sociaux et fiscaux directs, comprenant les cotisations dites « redistributives » (logement, famille, accident du travail, décès, taxes diverses au titre des

transports et de l'apprentissage), la CRDS, la CSG hors maladie, l'impôt sur le revenu et la taxe d'habitation.

La non observation dans l'enquête des paramètres nécessaires au calcul de certaines prestations limite le champ de la redistribution examiné. Les principales omissions concernent l'allocation unique dégressive pour les chômeurs en fin de droits, la règle du cumul intégral du RSA et des revenus professionnels lors de la reprise d'un emploi, le RSA jeunes, les taxes et aides locales (en dehors de la taxe d'habitation) et l'impôt de solidarité sur la fortune. Le modèle de microsimulation couvre toutefois 90 % des prestations sans contrepartie et 22 % des prélèvements obligatoires.

c. Rapprochement des deux sources

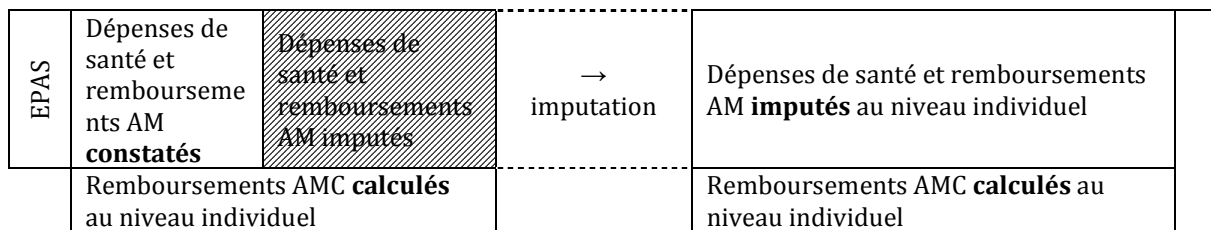
La population Ines étant plus nombreuse que la population Omar (161 000 contre 22 000 individus), Ines-Omar est construit comme la greffe d'un module Omar sur l'outil Ines.

Utilisant des méthodes identiques à celles mises en œuvre pour l'élaboration d'Omar, le rapprochement des deux sources se fait en trois temps :

- 1) Imputation d'une éventuelle couverture maladie complémentaire pour les ménages ne recourant pas à la CMU-C. Le recours à la CMU-C est déterminé suivant un calcul d'éligibilité et un tirage aléatoire. La réalisation de cette imputation à l'échelle du ménage permet de conserver la corrélation observée entre les remboursements complémentaires des différents membres d'un même ménage.
- 2) Imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel. Seules les dépenses disponibles directement dans l'appariement ESPS-Epas sont utilisées. Cette étape arrive dans un deuxième temps dans la mesure où la première imputation fournit une information sur la couverture maladie complémentaire qui permet d'encadrer l'imputation des dépenses de santé.
- 3) Application des taux de remboursements complémentaires aux dépenses imputées.

Le schéma ci-dessous retrace les imputations et calculs effectués permettant d'aboutir à Ines-Omar :

Omar			Ines-Omar	
22 000 individus 8 000 ménages EPAS-ESPS ; ECPS			161 000 individus 70 000 ménages EEC ; ERS	
ESPS	Informations socio-économiques et sanitaires Revenus Déclarés (avec correction de la non-réponse par équations et résidus simulés)	→ imputation	Informations socio-économiques Revenus et cotisations Déclarés et/ou constatés	Ines
	Couvertures complémentaires déclarées (aucune, CMU-C, privée)		Ménages éligibles à la CMU-C déduits sur barème	
ECPS	Contrats de couverture complémentaire imputés			Types de couverture complémentaire et contrats (le cas échéant) imputés au niveau ménage



4. Mesure des impacts redistributifs de l'assurance maladie

a. La redistribution opérée entre ménages de niveaux de vie différents

Dans cette partie, la redistribution opérée par l'AMO et l'AMC est analysée sous l'angle des inégalités de niveau de vie. Ainsi, l'enjeu est de mesurer l'impact redistributif des financements et prestations maladie suivant le niveau de vie des ménages.

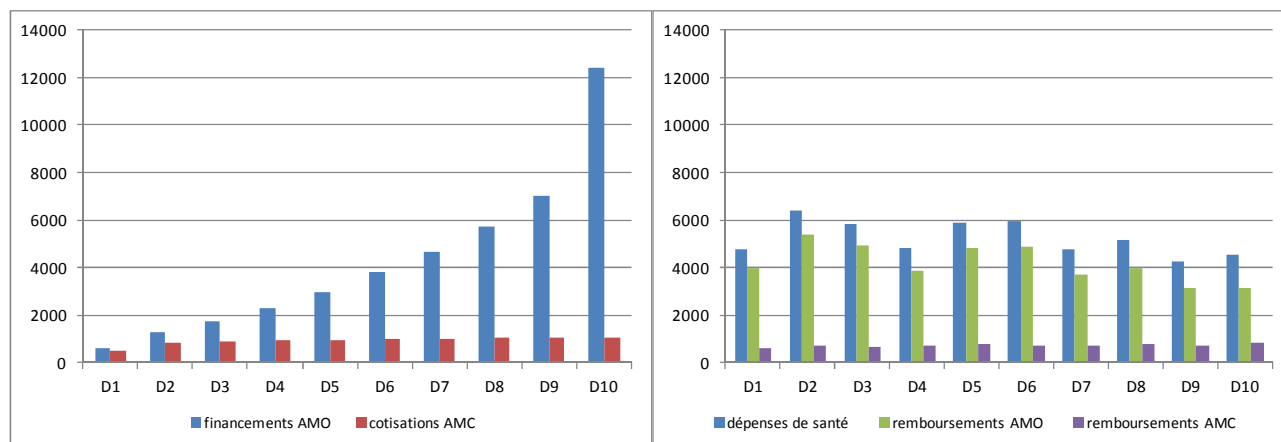
Financements et prestations selon le décile de niveau de vie

Le graphique ci-dessous est l'illustration des différents mécanismes de financements et de prestations des AMO et AMC exposés précédemment.

Le financement progressif de l'AMO

Ainsi, il fait apparaître la progressivité du financement de l'AMO, à savoir que son poids dans le revenu disponible des ménages augmente avec leur niveau de vie. Ainsi la part moyenne du financement de l'AMO dans le revenu disponible passe de 3,5 % pour les 10 % des ménages les plus modestes à 14,1 % pour les 10 % les plus riches.

Graphique 2 - 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.

La progressivité du financement de l'AMO s'explique d'une part par la structure de la CSG, puisque les taux de cette contribution diffèrent en fonction des assiettes taxées (travail, patrimoine et revenus de remplacement). Ainsi le taux de contributions sociales affectées à la branche maladie augmente de 2,0 % (370 euros) en moyenne pour les ménages du premier

décile à 6,8 % (6 020 euros) en moyenne pour les ménages les plus aisés. Elle s'explique d'autre part par les dispositifs d'allègement de cotisations sociales employeurs⁵, rompant le caractère proportionnel des cotisations patronales. Ainsi, le taux moyen de cotisations patronales dans le revenu disponible passe de 1,5 % (240 euros) à 7,5 % (3 960 euros) du premier au neuvième décile de niveau de vie. Le taux diminue ensuite légèrement pour les ménages du dernier décile de niveau de vie (7,3 % soit 6 400 euros) car la part des revenus d'activité dans le revenu primaire, c'est-à-dire avant impôts et prestations est légèrement plus faible dans le dernier décile que dans le précédent.

Du point de vue de l'AMC, la cotisation moyenne versée par les ménages, telle qu'elle est simulée dans le modèle Ines-Omar, augmente peu avec le décile de niveau de vie (graphique). Cette faible croissance correspond d'une part à la modulation des primes en fonction du revenu, pour certains organismes complémentaires, mais surtout, à un mécanisme de marché, les plus aisés pouvant souscrire des contrats de meilleure qualité pour un coût supérieur. Le rôle essentiel de la CMU-C et, dans une moindre mesure de l'ACS, est mis en évidence à travers la cotisation moyenne sensiblement inférieure des ménages du premier décile. Enfin, les individus jeunes et isolés étant surreprésentés parmi les ménages les plus modestes, et les cotisations au titre de l'AMC augmentant avec l'âge, il est probable que la légère croissance observée selon le décile de niveau de vie soit également liée à un effet d'âge.

Des remboursements de l'AMO légèrement décroissants avec le niveau de vie

Du point de vue de la consommation de soins, en moyenne, les ménages dépensent 5 200 euros par an et sont remboursés de 4 200 euros par l'AMO et 730 euros par leur assurance complémentaire. Les dépenses dépendent avant tout de l'état de santé des assurés, et non de leurs revenus : ces montants varient, en effet, relativement peu en fonction des déciles de niveau de vie, en particulier s'ils sont comparés aux variations des montants de prélèvements (graphique).

Toutefois, les ménages modestes ayant un état de santé moyen plus dégradé que les ménages plus aisés, leurs dépenses et leurs remboursements par l'AMO sont plus élevés. Les causalités ne sont pas univoques, puisque la santé a également un impact sur les conditions d'emploi et le revenu : un état de santé dégradé peut dans certains cas entraîner une baisse de ressources.

Par ailleurs, le taux de prise en charge des dépenses de santé par l'AMO est décroissant avec le niveau de vie. Ce taux s'élève à près de 83 % pour le premier décile alors qu'il n'est que de 69 % pour le dernier. Les ménages à revenus modestes recourent en effet plus aux soins mieux pris en charge par l'AMO, notamment les soins hospitaliers. Ceci s'explique par leur contrainte financière, et, pour les soins hospitaliers, par leur état de santé plus dégradé, ainsi que par le moindre accompagnement dont ils bénéficient dans leur entourage. *A contrario*, les ménages plus aisés recourent plus aux spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, et à des soins dentaires et d'optique non pris en charge par l'AMO. Ceci renforce la décroissance des remboursements avec le niveau de vie.

Ainsi, les ménages appartenant aux six premiers déciles dépensent en moyenne 5 600 euros par an, contre 4 700 euros par an pour les ménages plus aisés des déciles supérieurs, soit un écart de 900 euros par ménage (soit 480 euros par personne). Cet écart s'élève à 1 100 euros (soit 560 euros par personne) si on compare les dépenses remboursées par l'AMO des six premiers déciles (4 600 euros) et des déciles supérieurs (3 500 euros), compte tenu de dépenses remboursables plus faibles pour ces derniers.

Au total, la logique d'équité horizontale initiale de l'AMO se traduit dans les faits, en raison des inégalités sociales de santé et de structures de consommation différenciées, par des niveaux de

⁵ L'hypothèse retenue ici est de considérer que les cotisations patronales sont *in fine* payées par les salariés (cf. encadré 1).

prestations légèrement plus élevés en bas de la distribution des niveaux de vie. Ceci est vrai y compris lorsqu'on raisonne à âge et composition familiale identiques (cf. Duval et Lardellier 2012).

Les remboursements de l'AMC (dont le montant est inférieur aux remboursements d'AMO) sont, en revanche, légèrement croissants avec le niveau de vie. Alors qu'en moyenne les 10 % des ménages les plus pauvres reçoivent 610 euros annuels de prestations par ménage, les 10 % les plus riches perçoivent, eux, plus de 800 euros en moyenne par ménage. Ceci s'explique par les différences de qualité des contrats : les ménages les plus aisés sont plus souvent actifs et couverts par un contrat collectif, dont la qualité est en moyenne supérieure à celle des contrats individuels (Arnould, Vidal 2008). Ils peuvent en outre plus aisément souscrire des contrats offrant de bons niveaux de remboursement.

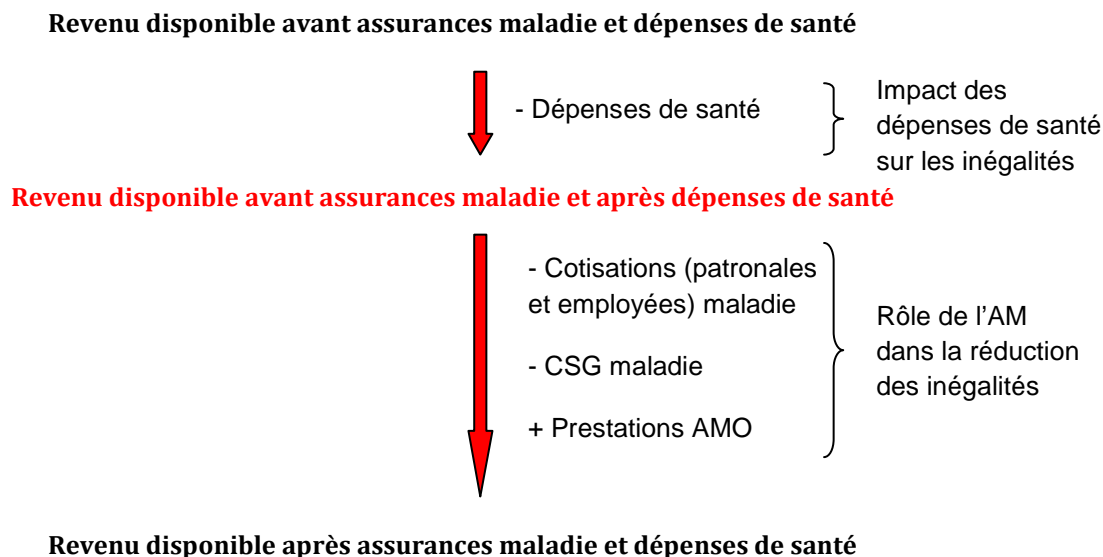
En fin de compte, le financement progressif de l'AMO, conjugué à des remboursements légèrement décroissants traduisent une redistribution entre ménages aisés et modestes.

Une mesure synthétique de la redistribution verticale opérée par l'AMO et l'AMC

Est mesurée ici la réduction des inégalités opérée par le système d'assurance maladie, en calculant les inégalités de revenus avant et après assurance maladie, à l'aide de coefficients de Gini. L'indice de Gini est compris entre 0 (situation d'égalité totale dans laquelle tous les membres de la population étudiée possèdent exactement le même revenu) et 1 (une situation dans laquelle un seul des membres de la population possède l'intégralité du revenu).

Dans une première étape, l'objectif est d'isoler l'impact redistributif des seules dépenses de santé, même si leur montant est directement lié au système d'assurance maladie existant (dans la mesure notamment où elles seraient moindres si elles n'étaient pas en partie remboursées par l'AMO). Pour ce faire le revenu disponible avant assurance maladie mais après dépenses de santé est calculé, comme illustré dans la figure 1.

Figure 1 - Champ de la redistribution étudiée



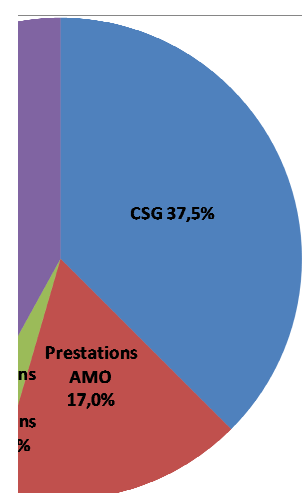
Cette première étape montre que les inégalités de niveau de vie augmentent de 3 % en raison des dépenses de santé (tableau 2). C'est la conséquence directe des inégalités sociales de santé identifiées dans la partie précédente.

Cet effet est toutefois plus que compensé par le système d'assurance maladie, qui assure (deuxième étape du calcul après dépenses de santé mais aussi après assurance maladie) un très fort effet redistributif, puisque les inégalités sont au total réduites de 19,3 %. Cet effet est principalement imputable à l'assurance maladie obligatoire (18,7 pts), et de manière marginale à l'assurance maladie complémentaire (0,5 pt). Notons qu'ici, les données ne le permettant pas, la redistribution opérée à l'échelle du cycle de vie n'est pas prise en compte. Or, les effets redistributifs de l'assurance maladie à l'échelle d'une vie sont réduits du fait de l'augmentation de l'espérance de vie avec le revenu (Jusot 2003).

Indice de Gini suivant les inégalités de santé (méthode de

Évolution de l'indice de Gini	Niveau des inégalités
0,3042	97,0 %
0,3135	100,0 %
-0,0484	-15,4
-0,0229	-7,3
-0,0255	-8,1
-0,0103	-3,3
-0,0019	-0,6
+0,0002	+0,1
0,2531	80,7 %

Composition de la réduction



MC, l'indice de Gini s'élève à ... Le graphique de droite montre les contributions des cotisations patronales et CSG).

Dans le détail, la réduction des inégalités imputable au financement progressif de l'assurance obligatoire est de l'ordre de 15,4 %. Il s'agit là d'un effet majeur, qui repose sur les spécificités de ce financement exposées en première partie. La moitié de la redistribution opérée par le financement de l'AMO est attribuable à la CSG (-7,3 % de réduction des inégalités), tandis que l'autre moitié (-8,1 %) provient de la structure des cotisations patronales, notamment des allègements de cotisations sur les bas salaires. Les prestations contribuent également de manière non négligeable à la réduction des inégalités de niveau de vie : -3,3 %. Cet effet est, comme vu précédemment, largement imputable au lien existant entre dépenses de santé et revenu, celui-ci serait largement amoindri si ces deux variables étaient indépendantes.

Les effets de la couverture complémentaire sont bien inférieurs, de l'ordre de quelques dixièmes de points. Le financement opère une légère redistribution alors que les prestations accroissent très légèrement les inégalités. L'effet redistributif du financement tient d'une part à la CMU-C et à l'ACS, et d'autre part à une consommation différenciée d'AMC, les ménages les plus riches souscrivant à des contrats plus chers et offrant une meilleure prise en charge. Ceci est cohérent avec l'effet très légèrement anti-redistributif des prestations d'AMC (les prestations perçues par les ménages les plus riches sont supérieures à celles perçues par les ménages les plus pauvres).

Enfin, la redistribution verticale s'inscrit également dans une démarche d'accessibilité financière. Le caractère imparfait de cette accessibilité fait apparaître les limites de la mesure de

la redistribution effectuée jusqu'ici. Ainsi, alors que le reste à charge est croissant avec le niveau de vie, son poids dans le revenu disponible du ménage est cependant plus important pour les ménages des premiers déciles que pour ceux des derniers : il représente 1,6 % du revenu disponible des ménages du premier décile et est lentement décroissant jusqu'à atteindre 0,78 % du revenu des 10 % des ménages les plus aisés. Par ailleurs, 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 ESPS 2008). Dans une situation, théorique, d'accessibilité financière complète, ou du moins indépendante du revenu, la redistribution serait encore plus forte.

b. Les transferts entre classes d'âge

L'étude de la redistribution suivant le niveau de vie est essentielle dans la mesure où elle correspond à l'objectif d'équité verticale fondateur de l'Assurance maladie. Pourtant, elle ne peut se suffire à elle-même car la considérer seule risquerait d'occulter en partie les phénomènes redistributifs liés à l'état de santé. En prenant l'âge comme deuxième angle d'étude, c'est d'une part une première approche de l'équité horizontale qui est réalisée mais également un regard porté sur les caractéristiques propres à un système d'assurance sociale, reposant par définition sur les âges actifs de la vie (*cf.* logiques différenciées de financement). L'âge étant un marqueur individuel, les résultats qui suivent sont présentés par individu, et non par ménage comme dans la partie qui précède.

L'âge, un marqueur important du fonctionnement de l'assurance maladie

Avec l'âge l'état de santé se dégrade et le niveau et la structure des contributions au financement de l'Assurance maladie évoluent. C'est aussi en grande partie sur l'âge que se font aujourd'hui les choix de tarification des assureurs maladie complémentaires. L'analyse des financements et remboursements moyens versés et perçus par les individus selon leur âge fait ressortir ces phénomènes.

Ainsi, concernant l'AMO, les cotisations et contributions versés peuvent être représentées sous la forme d'une courbe en cloche. Les enfants sont totalement exonérés, en vertu notamment du choix d'affectation des prélèvements effectué. Un individu âgé de 26 à 65 ans paye en moyenne plus de 2 600 euros par an avec un maximum pour la tranche d'âge de 46 à 55 ans dans laquelle un individu paye environ 4 000 euros de contributions et de cotisations maladie par an. Ces montants décroissent ensuite pour atteindre un peu plus de 1 000 euros en moyenne chez les 56 à 75 ans et tout juste 800 euros pour les personnes âgées de plus de 75 ans. Cette disparité est moins forte si l'on ne considère que les montants de CSG. Le rapport n'est plus que de un à deux entre la tranche d'âge qui paye le plus et celle qui paye le moins dans la mesure où les retraités ne sont pas, par définition, soumis aux cotisations patronales. Outre l'effet taux, cet écart est imputable aux différences de revenus selon l'âge. Les plus de 65 ans ont en effet en moyenne des revenus inférieurs de 11 % à ceux des 46-65 ans.

Concernant les complémentaires, leur financement est plus linéaire, la cotisation moyenne passant de plus de 400 euros pour les 26-35 ans à près de 700 euros pour les plus de 75 ans. Ces résultats font évidemment écho aux mécanismes présentés en première partie et indiquant que l'âge est un critère essentiel dans la tarification de l'AMC : état de santé et âge étant fortement liés, l'âge est utilisé pour approcher le risque couvert.

Du point de vue des remboursements AMO, les montants moyens observés par âge font apparaître une courbe en forme de J. Mécaniquement, l'augmentation des dépenses de santé avec l'âge entraîne des remboursements de plus en plus importants, tant pour l'AMO que pour l'AMC. Ainsi, les remboursements moyens versés par l'Assurance maladie à un individu de 26 à 35 ans sont d'un peu plus de 1 300 euros, quand celui de 66 à 75 ans se voit rembourser plus de

4 000 euros en moyenne par an. Pour ces mêmes classes d'âge, les assurances maladie complémentaires versent elles, en moyenne annuelle, respectivement 260 et 510 euros.

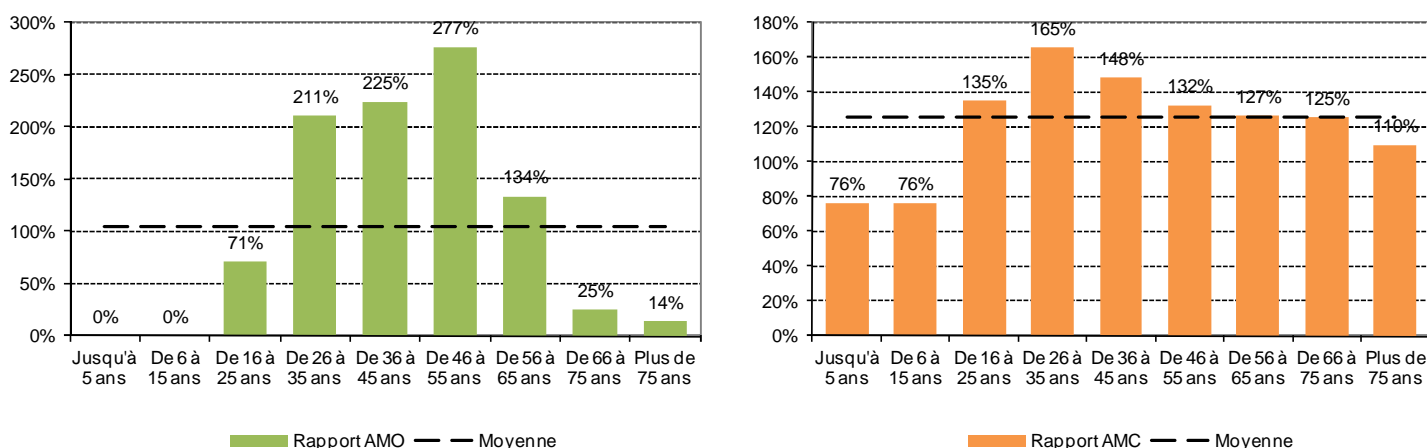
La croissance des remboursements avec l'âge est moins forte pour les couvertures complémentaires qu'elle ne l'est pour l'AMO. Ainsi le rapport entre le montant moyen par âge le plus élevé et le montant moyen par âge le plus faible est de huit pour un pour l'Assurance maladie quand il n'est que de quatre pour un pour les remboursements complémentaires. Plus précisément, alors que les dépenses de santé augmentent très fortement – de 56-65 ans à 66-75 ans – les remboursements complémentaires n'évoluent que très faiblement. Le passage de cette première tranche d'âge à la seconde est ainsi caractérisé par une hausse de 78 % des dépenses de santé, de 100 % des remboursements de l'Assurance maladie mais de seulement 13 % des remboursements complémentaires.

Cette plus faible prise en charge des dépenses des plus âgés par les complémentaires a plusieurs explications. Avec l'âge, la structure de la consommation de soins se déforme, s'orientant de plus en plus vers les soins hospitaliers, mieux pris en charge par l'AMO. Par ailleurs, les plus âgés disposent en moyenne d'une couverture complémentaire offrant des garanties moins étendues que les assurés d'âge actif, notamment parce qu'ils ne bénéficient plus des contrats collectifs d'entreprise⁶. Enfin, la part de personnes non couvertes en complément de l'AMO augmente avec l'âge : elle est de 5 % avant 65 ans mais s'élève à 8 % au-delà. La forte hausse des dépenses de santé pour les dernières classes d'âge est donc majoritairement absorbée par l'Assurance maladie, notamment via le jeu de mécanismes de remboursement visant à protéger les plus malades comme le dispositif ALD (cf. supra).

Une redistribution des actifs vers les plus jeunes et les retraités

Il s'agit ici est de mettre en regard cotisations versées et prestations perçues. Ainsi, pour chaque tranche d'âge, il est possible de calculer le rapport des cotisations aux remboursements : ce ratio peut s'analyser comme un taux d'autofinancement moyen permettant d'identifier directement les classes d'âge pour lesquelles une partie des dépenses de santé doit être financée par d'autres.

Graphique 1 - Financements rapportés aux remboursements perçus suivant l'âge



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; financements et prestations individualisables.

Note de lecture : les sommes versées par les individus de 26 à 35 ans au titre du financement de l'AMO représentent 211 % des remboursements perçus, contre 104 % en moyenne sur l'ensemble de la population.

⁶ Au moment du passage à la retraite, ils préfèrent en effet changer de contrat pour limiter la prime à payer [8], le mécanisme de la loi Evin limitant la hausse de la prime au moment du passage à la retraite ne jouant qu'un rôle modeste (voir infra).

Ainsi, pour les classes d'âge allant de 26 à 65 ans, ce taux est largement supérieur au taux moyen, pour l'AMO tout comme pour l'AMC. Ces quatre classes d'âge permettent donc, par les contributions qu'elles versent, de financer l'ensemble de leurs remboursements mais aussi une grande partie des remboursements du reste de la population. Le rapport contributions moyennes sur remboursements moyens s'élève ainsi, pour les 46-55 ans côté AMO, à près de 280 % (Graphique) contre 104 % en moyenne. Cela s'explique à la fois par la structure de financement (supporté largement par les actifs) mais également par le poids des remboursements de l'AMO. L'ampleur de ces taux caractérise l'importance des transferts des actifs vers les personnes âgées opérés par l'AMO.

Si ce constat est impressionnant du fait des valeurs élevées prises par les taux, il reste néanmoins tout-à-fait normal pour un système d'assurance sociale dont le financement est fondé majoritairement sur les revenus d'activité.

Dans le champ de l'AMC, pour l'ensemble des tranches d'âge à partir de 16 ans ce graphique montre une faible évolution du rapport cotisations/prestations moyen : de 165 % pour les 26 - 35 ans à 110 % pour les plus âgés. Cette légère décroissance fait apparaître, à la marge au vu des faibles sommes transitant par l'AMC par rapport à l'AMO, des transferts entre plus jeunes et plus vieux.

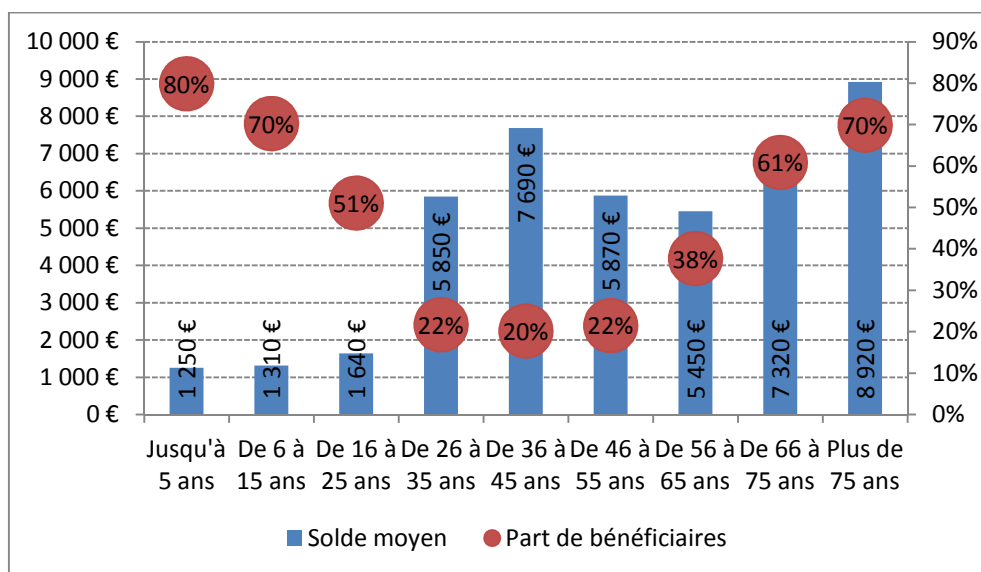
Concernant les moins de 16 ans, les taux largement inférieurs à la moyenne résultent en grande partie de la méthode d'individualisation des cotisations choisie pour les contrats collectifs. En effet, pour cette catégorie de contrats, les ayants-droit (les enfants le plus souvent) ne se voient pas attribuer de cotisations, celles-ci étant en totalité supportées par l'assuré principal. Même s'ils ne sont pas essentiels, car fictifs d'une certaine façon, nous sommes bien ici en présence de transferts intergénérationnels, les parents cotisant pour les remboursements complémentaires de leurs enfants.

Au sein de chaque tranche d'âge, des transferts entre malades et bien-portants

Si le rapport cotisations/prestations d'un groupe donné peut globalement être supérieur à la moyenne cela ne signifie pas pour autant qu'individuellement les membres de ce groupe sont tous dans cette situation. Au sein de chaque tranche d'âge, il y a toujours une part d'individus plus malades qui bénéficient – au sens comptable du terme – de la couverture maladie, qu'elle soit publique ou privée. On s'intéresse donc ici aux transferts à l'œuvre au sein de chaque classe d'âge.

Une telle appréhension du sujet, avec une observation de la distribution des soldes individuels n'est bien sûr rendue possible que par la finesse de la source utilisée, fondée sur des méthodes de microsimulation.

Graphique 2 - Solde "prestations - cotisations" pour les individus en situation de bénéfice pour chaque tranche d'âge



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; financements et prestations individualisables.

Note de lecture : 80 % des moins de six ans sont en situation de bénéfice, avec un solde « prestations – cotisations » s'élevant en moyenne à 1250 euros.

Le risque maladie peut survenir à tout âge et l'on retrouve dans chaque classe des individus dont le solde vis-à-vis de l'assurance maladie est positif. L'assurance maladie n'est en effet pas seulement un outil de transfert entre classes d'âge mais surtout un outil de transfert entre malades et bien portants.

La part d'individus sans dépense de santé au cours de l'année est faible, culminant à 16% chez les individus de 16 à 25 ans. Pour toutes les autres tranches d'âge, elle est inférieure à 10%. Cette faible proportion est imputable aux dépenses de généralistes, chacun ayant le plus souvent au moins une consultation dans l'année. Si on s'intéresse au risque lourd, par exemple à la part de personnes en ALD, on constate que celle-ci est beaucoup plus faible pour les individus jeunes que pour les individus des classes d'âge les plus élevées sans pour autant être nulle rappelant que les affectations lourdes également peuvent survenir à tout âge.

Le risque maladie étant plus élevé avec l'âge, la concentration des dépenses a néanmoins tendance à diminuer lorsque la tranche d'âge augmente et le poids des dépenses des individus qui ont les dépenses les plus fortes diminue. Ainsi dans la tranche d'âge des 6-15 ans, 50% de la dépense totale de la tranche d'âge est imputable aux 4,5% d'individus qui ont les dépenses les plus importantes. Ce taux augmente à 6,8% dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans et à 9,2% chez les plus de 75 ans.

Des « bénéficiaires » plus malades, aux restes à charge doublés

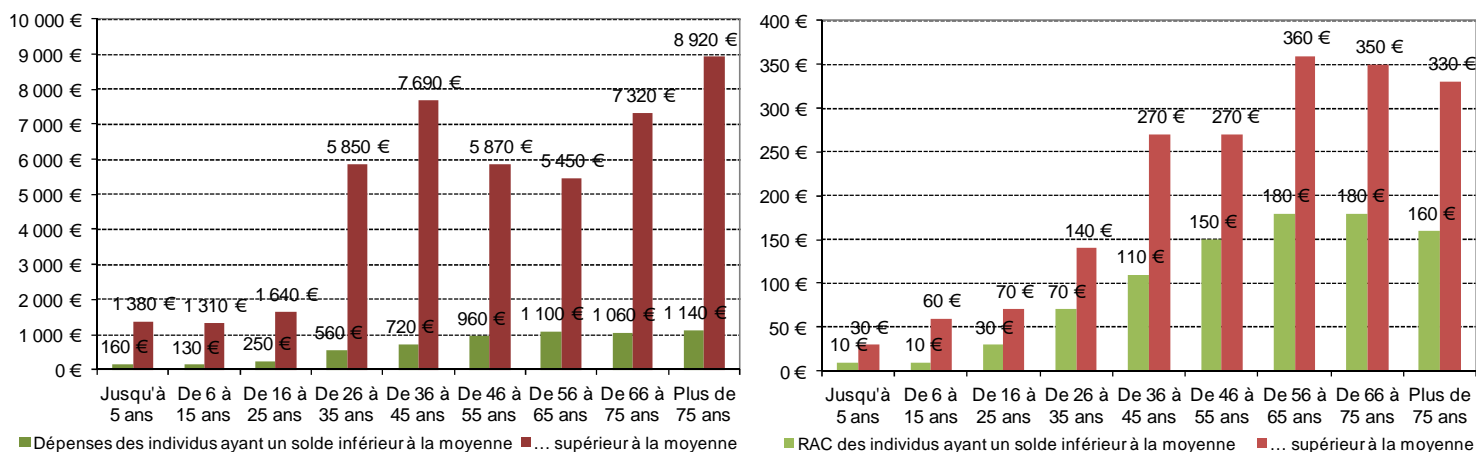
De manière plus détaillée, il est possible d'étudier les dépenses moyennes et le reste-à-charge moyen selon l'âge en segmentant la population en deux groupes. D'un côté, ceux qui pourraient être considérés comme les « gagnants » du système : les individus dont les remboursements AMO et AMC sont tels que leur solde global est supérieur au solde moyen de l'ensemble de la population; et de l'autre, ceux qui, au contraire, ont un solde comptable inférieur au solde moyen.

En réalité, et c'est ce que montre l'analyse des dépenses et des Rac, les individus dont le solde est supérieur ont des dépenses moyennes de cinq à dix fois plus élevées que les individus dont le solde est inférieur dans la même tranche d'âge : il s'agit donc d'individus à état de santé

fortement dégradé. Cette proportion d'individus avec un solde global supérieur à la moyenne croît fortement à partir de la tranche d'âge 36 à 45 ans pour laquelle elle s'établit à 20 %. Chez les individus de 66 à 75, cette proportion atteint 61 % et 70 % chez les plus de 75 ans.

Quatre cinquièmes des enfants ont quant à eux un solde supérieur au solde moyen : par défaut, ils ne participent pas au financement de l'AMO ni au financement des contrats collectifs. Le solde d'une grande majorité de personnes âgées est dû également au moindre financement des personnes inactives mais également à des dépenses de maladie de niveau élevé.

Graphique 3 - Dépenses et reste à charge suivant la valeur du solde "prestations - cotisations"



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; financements et prestations individualisables.

Note de lecture : pour les 26-35 ans, le reste à charge des individus en « bénéfice » du point de vue du solde « presta.-cotis. » est deux fois plus élevé que le Rac du reste de la population.

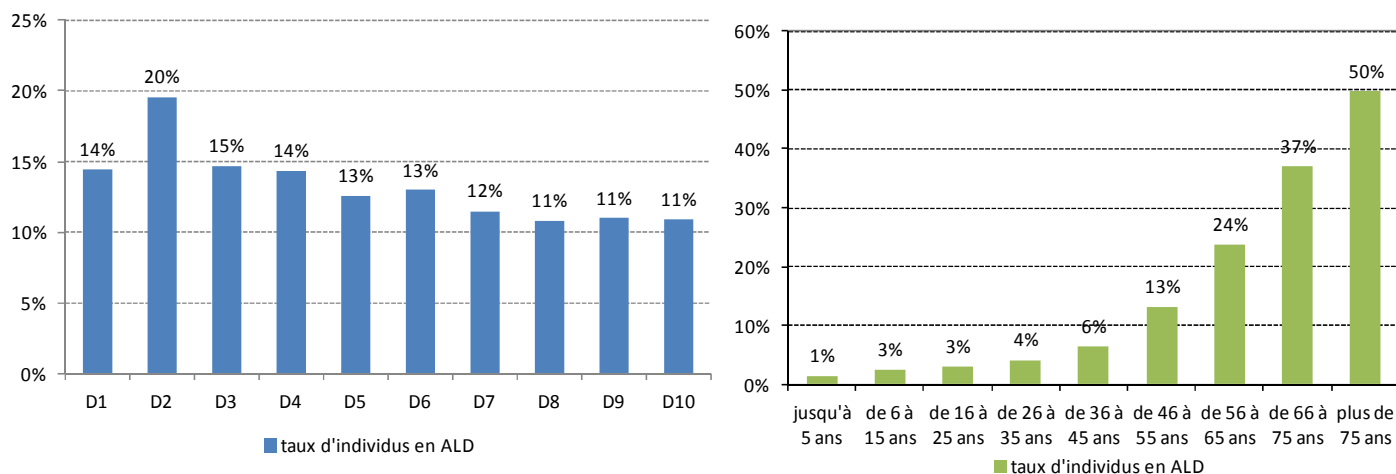
Un constat similaire peut être réalisé lorsque l'on s'intéresse au reste à charge après AMO et AMC. Ainsi dans une même tranche d'âge, le reste à charge moyen est beaucoup plus important chez les individus avec un solde supérieur à la moyenne que chez les autres individus : respectivement 360 euros contre 180 euros pour la classe d'âge 56 à 65 ans. De manière générale, le Rac des individus à solde supérieur à la moyenne est de deux à trois fois plus important que celui du reste de la population. Un solde élevé n'équivaut donc pas à un reste à charge nul ou réduit. Enfin, celui-ci a tendance à augmenter avec l'âge, pour avoisiner les 350 euros pour les plus âgés.

Finalement, l'AMC parvient à diminuer le coût des soins en réduisant le Rac avant AMC d'environ 60% pour chaque tranche d'âge. Toutefois, elle ne réduit pas intégralement les écarts de coûts existants entre les bien-portants et les plus malades.

c. La prise en charge des dépenses de santé selon le risque constaté

Les résultats présentés jusqu'ici sont appréhendés selon des variables d'analyse qui ne déterminent qu'indirectement ou à la marge les dépenses de santé. Les critères de niveau de vie et d'âge ont ainsi tendance à masquer une certaine hétérogénéité des dépenses de santé due simplement aux différences d'état de santé au sein d'un groupe d'âge ou de revenus. Cette dernière partie vient alors compléter les précédentes et rappeler que les effets redistributifs résultant des remboursements de soins sont avant tout déterminés par des états de santé aggravés. Ainsi, comme le montre le graphique de gauche ci-dessous, la part des individus en ALD décroît avec le niveau de vie (sans que la causalité soit univoque) et de même, avec l'âge la part des ALD augmente. Les redistributions liées aux remboursements AMO détaillées précédemment doivent donc être interprétées en gardant à l'esprit les résultats suivant.

Graphique 4 - Part d'individus en ALD suivant le niveau de vie et l'âge



Source : ESPS 2008.

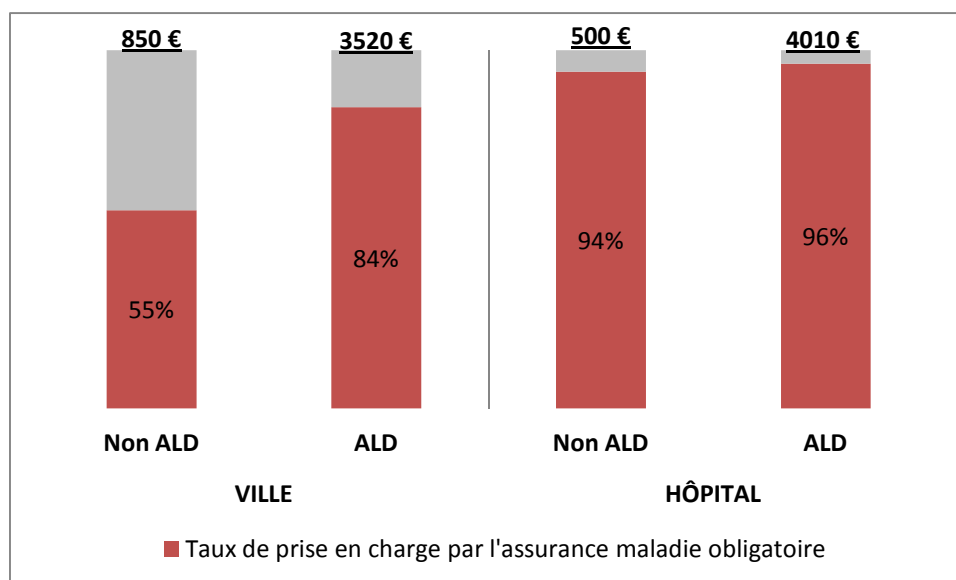
Champ : individus en ménage ordinaire de France métropolitaine.

Note de lecture : 14 % des individus appartenant aux 10 % des ménages les plus pauvres sont en ALD ; 1 % des moins de six ans sont en ALD.

Cette partie porte donc sur la prise en charge assumée par l'assurance maladie de base et par les assurances complémentaires, pour leurs bénéficiaires selon qu'ils sont plus ou moins malades. On se place ici du point de vue de la redistribution horizontale qui est la finalité première de la couverture maladie, en ne considérant toutefois que les dépenses remboursées et non les cotisations ou primes versées par les assurés sociaux. Le critère ALD (Affection de longue durée) est ici pris comme une approximation d'un critère permettant d'identifier les assurés aux risques maladies réalisés les plus élevés.

La dépense moyenne des assurés en ALD vivant en ménage ordinaire est en 2008 de 7400 euros contre 1300 euros pour les autres assurés, soit 5,5 fois plus (graphique). Les pathologies classées en ALD sont donc indéniablement des maladies particulièrement coûteuses.

Graphique 5 - Taux moyen de prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers suivant le statut ALD



Source : Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; prestations individualisables.

Note de lecture : les personnes en ALD ont des dépenses en soins ambulatoires s'élevant en moyenne à 3520 € annuels, pris en charge, en moyenne, à 84 % par l'AMO

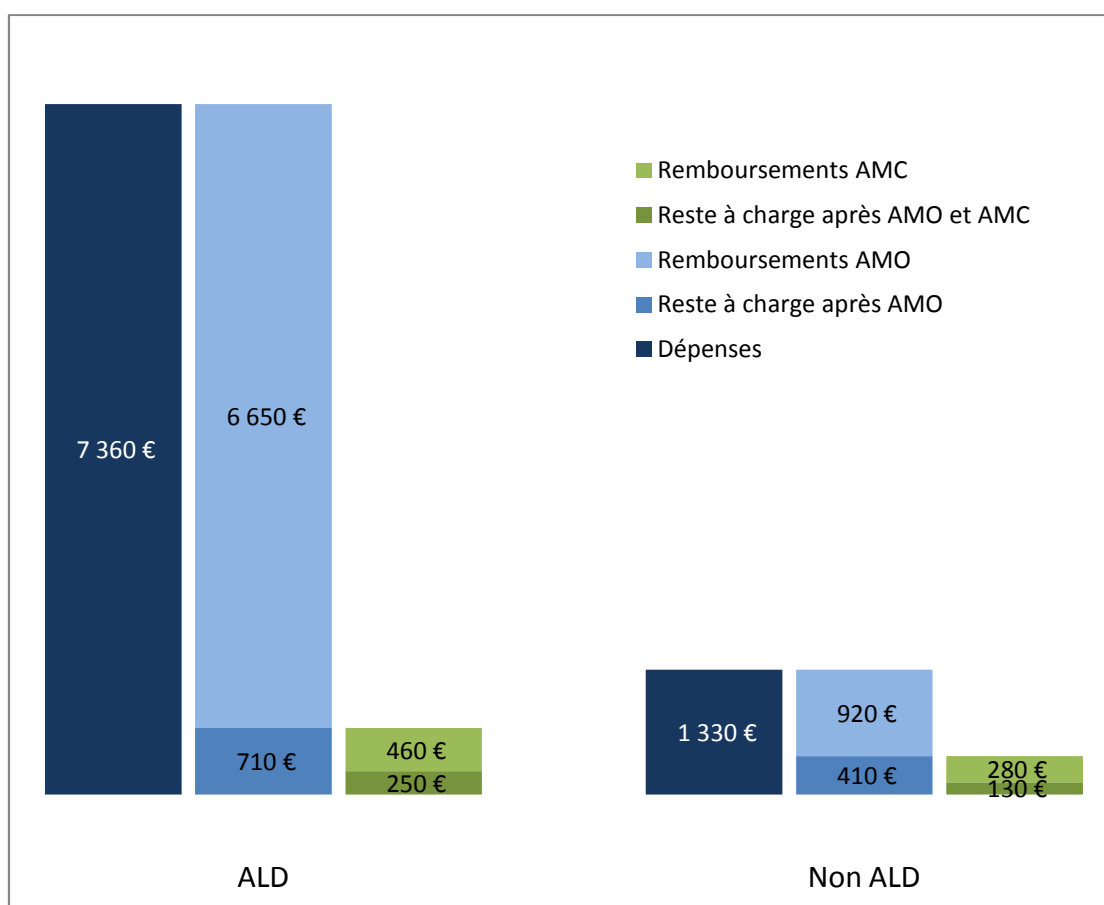
La structure de la dépense des assurés en ALD diffère de celle des autres assurés: l'hôpital représente plus de la moitié de leurs dépenses, contre moins de 40 % pour les assurés non ALD. Toutefois, ces montants moyens cachent une forte dispersion. Les dépenses les plus élevées sont en effet concentrées sur un petit nombre d'assurés, pour les ALD comme pour les autres.

Le système ALD conduit à concentrer les moyens financiers de la Sécurité sociale en direction des assurés souffrant de pathologies lourdes. Ainsi, une personne en ALD bénéficie d'un taux de remboursement moyen de 90 % contre 69 % pour les autres assurés. C'est pour les dépenses hospitalières que la prise en charge de l'assurance maladie est la plus élevée (96% pour les ALD et 94% pour les non-ALD). Si les dépenses de ville des personnes en ALD sont également prises en charge de façon importante par l'AMO (85 %), elles ne sont couvertes qu'à hauteur de 55 % pour les autres assurés.

L'assurance maladie consent donc un effort considérable en faveur des personnes les plus malades. Le remboursement moyen de l'assurance maladie est environ 7,2 fois plus élevé pour les personnes en ALD que pour les autres assurés. Après intervention de l'AMO, la dépense moyenne des assurés en ALD est ainsi divisée par 10 et ramenée à 700 euros. Pour les autres assurés, elle est divisée par 3 et ramenée à 400 euros. L'assurance maladie opère donc indiscutablement une redistribution considérable entre bien portants et malades.

Toutefois, les plus malades supportent encore, après intervention de l'AMO – mais avant intervention de l'AMC – une dépense moyenne non négligeable (700 euros en moyenne) et toujours plus élevée d'environ 300 euros par an que celle des autres assurés. Cela tient notamment au fait que les personnes en ALD ont souvent des pathologies multiples et ont ainsi des dépenses sans lien avec leur affection exonérante supérieures aux autres assurés. Cet écart résulte notamment d'un effet d'âge, puisque près de 60% des personnes en ALD ont plus de 60 ans.

Graphique 6 - Décomposition de la prise en charge des dépenses de santé suivant le statut ALD



Source : Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; prestations individualisables.

Note de lecture : les personnes en ALD ont des dépenses s'élevant en moyenne à 7360 euros annuels, dont 6650 euros sont pris en charge par l'AMO et 460 euros par l'AMC.

En couvrant les risques de santé les plus coûteux, la couverture maladie de base facilite la non-prise en compte de l'état de santé dans le cadre de l'assurance complémentaire

La dépense prise en charge par les organismes complémentaires s'établit en moyenne à 460 euros pour une personne en ALD contre 280 euros pour les autres assurés (graphique) soit respectivement 4% et 35% de la dépense totale. L'importance des assurances privées dans le financement des dépenses de santé dépend en effet par construction de la part des dépenses qui n'est pas remboursée par l'AMO.

Finalement, la part de la dépense totale prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires s'élève en moyenne à 97% pour les personnes en ALD et 90% pour les autres. Le reste à charge après intervention de l'AMO et de l'AMC d'une personne en ALD s'établit donc en moyenne à 250 euros contre 120 euros pour les autres assurés. Ce constat est de nature à relativiser le poids des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale identifié précédemment pour certains assurés: en effet, les dépenses hospitalières et dans une moindre mesure les dépenses de médicaments, qui constituent l'essentiel de ces dépenses très élevées, sont en général bien prises en charge par les contrats complémentaires.

Le système ALD et les différentes exonérations bénéficiant aux plus malades jouent un rôle régulateur du marché de la couverture complémentaire, en réduisant le différentiel de dépenses non remboursées par la Sécurité sociale entre ses bénéficiaires et les autres assurés. En effet, les risques de santé les plus coûteux étant couverts par l'assurance obligatoire, les organismes

complémentaires n'ont pas d'incitation à tarifer en fonction du statut ALD *i.e.* de l'état de santé, ce qui permet, en définitive, de modérer le montant des cotisations payées par les plus malades.

Ainsi, si l'écart de risque demeure lié à l'âge, il dépend beaucoup moins de l'état de santé et du statut ALD après l'intervention de la Sécurité sociale, surtout pour les seniors. Pour les personnes de plus de 60 ans qui constituent plus de la moitié des bénéficiaires du dispositif, les ALD et les non-ALD ont en effet des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale qui sont voisines (700 euros environ). Cette limitation de l'écart de risque entre les assurés en ALD et les autres est de nature à conforter les dispositions existantes qui interdisent (code de la mutualité) ou freinent, en contrepartie d'exonérations (dispositif dit « contrats solidaires ») le recours au questionnaire médical. La tarification en fonction de l'âge paraît donc suffisante pour que les organismes complémentaires maîtrisent les différents niveaux de dépense de leurs assurés.

Le système ALD, en concentrant les remboursements de la Sécurité sociale sur les personnes souffrant de maladies chroniques exonérantes, participe donc indirectement à la régulation du marché de l'assurance complémentaire.

5. Discussion

Les travaux menés à la Drees depuis trois ans et consacrés à l'accès financier aux soins et aux logiques redistributives du système d'assurance maladie reposent sur la mise en place de nouveaux outils méthodologique. Le modèle Omar puis le rapprochement des outils Ines et Omar ont permis d'étendre l'analyse des inégalités de niveau de vie aux prestations non monétaires de l'assurance maladie. En ce sens, les résultats présentés ici s'inscrivent dans une logique semblable à celle des travaux internationaux de la Luxembourg Income Study (*cf. supra*) : intégrer les prestations en nature dans des analyses de revenus plus larges. Tout comme ces études citées en première partie, les résultats présentés dépendent néanmoins de la construction de ces mêmes modèles. Pour autant si les hypothèses frustes d'imputation des dépenses de santé utilisées dans le cadre de la LIS limitaient fortement les interprétations possibles, les imputations de dépenses de santé et de contrats complémentaires réalisées dans Omar et Ines-Omar sont contrôlées par plusieurs variables socio-économiques (type de ménage, statut d'activité, niveau de vie *etc.*). Nos résultats sont cependant limités par le champ des données (dépenses individualisables présentées au remboursement de l'AMO, contrats d'AMC modaux, ménages ordinaires), par les hypothèses de répartition des cotisations (les enfants ne cotisent pas à l'AMC pour les contrats collectifs) et par la taille de l'échantillon initial (un peu plus de 10 000 dépenses de santé dans l'appariement Epas-ESPS). Il est alors évident qu'à l'avenir l'accent devrait être mis sur l'élaboration de bases de données observées joignant dépenses de santé, remboursements de base et remboursements complémentaires (*cf.* projet Monaco sous l'égide de l'Institut des Données de Santé).

Cela étant, ces travaux montrent, sur le fond la place fondamentale de l'AMO par rapport à l'AMC dans la logique de solidarité du système d'assurance maladie. Tout comme Marical (2007) et Caussat *et al.* (2005) nous montrons les importants mécanismes redistributifs de l'assurance obligatoire. Le financement progressif de l'AMO est largement redistributif et les remboursements sont plus favorables aux plus malades en vertu notamment d'une prise en charge croissante avec la gravité (ALD notamment). Ainsi, les plus âgés, plus malades et cotisant moins sont bénéficiaires, d'un point de vue comptable, dans le fonctionnement de l'AMO. De même mais également en raison d'une structure de soins différenciée, les plus pauvres bénéficient plus largement de l'AMO. Néanmoins, l'étude des restes à charge montre que ces « bénéficiaires » demeurent désavantagés par des paiements directs plus importants. Pour la part complémentaire, nous montrons la tendance croissante des cotisations avec l'âge et avec le niveau de vie : ces deux relations traduisent de plus grandes inégalités puisque les plus âgés sont en réalité plus malades et les plus riches cotisent plus mais bénéficient en retour de meilleures prises en charge. En fin de compte, les logiques de fonctionnement de l'assurance maladie

obligatoire permettent notamment aux plus modestes, aux plus malades et aux retraités un meilleur accès aux soins que celui qu'ils auraient dans un système sans couverture mutualisée du risque maladie ou dans un système d'assurances privées fonctionnant selon une logique de tarification au risque.

Bibliographie

Arnould M.-L. et Vidal G. (2008), « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats Drees*, n°663.

Blanchet D. (1998), « Présentation générale : la microsimulation appliquée à l'analyse des politiques sociales », *Économie et statistique*, n°315.

Breuil-Genier P. (1998), « Les enseignements théoriques et pratiques des microsimulations en économie de la santé », *Économie et statistique*, n°315.

Caussat L., Le Minez S. et Raynaud D. (2005), « L'assurance maladie contribue-t-elle à redistribuer les revenus ? », *Dossiers solidarité et santé*, n°1-2005.

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

Duval J. et Lardellier R. (2012), « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », *Comptes nationaux de la santé 2011*.

Garnero M. et Rattier M.-O. (2011), « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », *Études et résultats Drees*, n°752.

Haziza D. et al. (2001), « Construction de cellules d'imputation pour l'enquête sur la population active du Canada », *Recueil du Symposium 2001 de Statistique Canada*.

Lachaud C. et Rochaix L. (1995), « Équité dans le financement et la prestation de soins de santé en Europe », *Revue d'économie financière*, n°34.

Lardellier *et al.* (2012), « Un outil pour l'étude des dépenses de santé et des restes à charge des ménages : le modèle Omar », *Économie et statistique*, n°450.

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

Lenseigne F. et Ricordeau P. (1997), « Assurance maladie : un bilan par génération », *Économie et statistique*, n°307.

Marical F. (2007), « En quoi la prise en compte des transferts liés à la santé modifie-t-elle l'appréciation du niveau de vie », *France, portrait social*, édition 2007.

Smeeding T. M. *et al.* (1993), « Poverty, inequality, and family standards impacts across seven nations: the effect of noncash subsidies for health, education and housing », *Review of Income and Wealth*, série 39, n°3.

Steckmest E. (1996), « Noncash benefits and income distribution », *LIS working paper*, n°100.

Van Doorslaer E. *et al.* (1999), « The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries », *Journal of Health Economics*, 18-3.