

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 101 • septembre 2022

Sous embargo jusqu'au 02/09/2022 à 6h00

Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie

Mathieu Fouquet, Catherine Pollak (DREES)

Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie

Mathieu Fouquet, Catherine Pollak (DREES)

Remerciements : Cléo Lhermet, Fabrice Lenglard, Benoît Ourliac, Mathilde Gaini (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 101 • septembre 2022

Synthèse Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie

Mathieu Fouquet, Catherine Pollak (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHESE

En France, la quasi-totalité de la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Néanmoins, le risque d'un reste à charge élevé demeure, ce qui a conduit les pouvoirs publics à promouvoir l'accès à l'assurance maladie complémentaire (AMC). Les premiers dispositifs majeurs concourant à cet objectif ont été la couverture maladie universelle (CMU-C), créée en 2000, puis l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005, toutes deux remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS) en 2019. Par ailleurs, il existe des dispositifs d'aides fiscales et sociales qui viennent subventionner l'adhésion à une complémentaire santé pour les salariés et les indépendants. Tout ceci compris, le montant total d'aides dont bénéficient les ménages pour leur couverture complémentaire santé s'élève à près de 4 milliards d'euros par an (tableau 1).

Outre la redistribution horizontale qu'il a pour fonction d'opérer entre malades et bien-portants, le marché de la complémentaire santé privé opère de surcroît une légère redistribution verticale, sur l'échelle des niveaux de vie. Ceci s'explique par deux raisons : d'une part, la tarification pratiquée peut dans certains cas être différenciée selon le niveau de vie ; d'autre part, l'état de santé des populations modestes à âge donné est en moyenne plus dégradé que celui des populations aisées, de sorte que les premières perçoivent davantage de remboursements que les secondes. Il reste que l'AMC est nettement moins redistributive que l'assurance maladie obligatoire, puisque son mode de financement est beaucoup moins assis sur le niveau de revenu des individus que celui de l'AMO.

Tableau A • Montants annuels d'aides publiques à la complémentaire santé et parts de ménages bénéficiaires en 2017

Dispositif d'aide publique	Montant total (en Mds d'€)	Part de ménages bénéficiaires (en %)
CMU-C	1,70	10
ACS	0,36	3
Taux réduit de forfait social	0,59	35
Abattement d'impôt sur le revenu	0,83	23
Aides aux indépendants	0,41	3

Note > Les coûts totaux de la CMU-C et de l'ACS estimés par le modèle Ines-Omar 2017 diffèrent de ceux présentés dans le rapport d'activité du Fonds CMU pour 2017 en raison de différences dans la structure d'âge et le nombre total de bénéficiaires identifiés.

Lecture > Les aides publiques à la couverture complémentaire santé des indépendants représentent un total de 0,41 milliard d'euros par an, et bénéficient à 3 % des ménages.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Dispositifs à destination des plus modestes

La CMU-C s'adresse aux plus modestes et fait office de complémentaire santé gratuite en remboursant l'intégralité du reste à charge opposable, ainsi qu'un panier défini d'équipements, notamment en optique, en dentaire et en prothèses auditives. Pour les personnes modestes dont les revenus étaient immédiatement supérieurs au seuil d'éligibilité à la CMU-C, l'ACS permet de recevoir un chèque d'une valeur croissante avec l'âge et de s'en servir pour réduire le coût de la cotisation de complémentaire santé. Ces deux dispositifs jouent un rôle important dans la réduction des inégalités de niveau de vie jusqu'en 2019 (moment où ils sont remplacés par la CSS). En effet, seuls les plus modestes en bénéficient, tandis que le financement est assuré par l'ensemble des souscripteurs de contrats de complémentaire santé à travers la taxe de solidarité additionnelle (TSA), laquelle s'applique uniformément à leurs cotisations. La redistribution opérée par la CMU-C est liée à l'ampleur de ses prestations, équivalentes à 403 euros par an et par bénéficiaire, et très concentrées sur les ménages les plus modestes. L'ACS opère également une redistribution, mais moins prononcée : elle couvre un nombre plus faible de bénéficiaires, moins précaires, et met en jeu des montants de moindre ampleur.

Les effets redistributifs de la CSS semblent légèrement supérieurs aux effets cumulés de la CMU-C et de l'ACS, qu'elle remplace à compter de fin 2019. En moyenne, pour les anciens bénéficiaires de l'ACS, le passage à la CSS a représenté un gain net de 29 euros par an et par bénéficiaire. Cependant, les effets sont différents selon l'âge : les bénéficiaires jusqu'à 55 ans obtiennent un gain important, tandis que ceux âgés de 60 ans ou plus ont, en moyenne, connu une perte nette lors du passage de l'ACS à la CSS.

Dispositifs en faveur des salariés du privé et des indépendants

Souscrits par l'employeur pour l'ensemble de ses salariés, les contrats d'entreprise ont été rendus obligatoires depuis 2016, avec un nombre restreint d'exceptions. L'employeur doit participer à la cotisation de complémentaire santé à hauteur d'au moins 50 %. Le contrat doit par ailleurs offrir un niveau minimal de garanties. Les taux de prise en charge ainsi que la qualité

des couvertures proposées sont toutefois inégalement répartis et s'avèrent plus élevés dans les entreprises de grande taille et les secteurs à forte valeur ajoutée, tandis que les salariés les plus précaires sont les plus touchés par les exceptions. Le montant moyen de participations employeur par salarié du secteur privé s'échelonne ainsi de 201 euros par an parmi les 10 % les plus modestes à 523 euros parmi les 10 % les plus aisés.

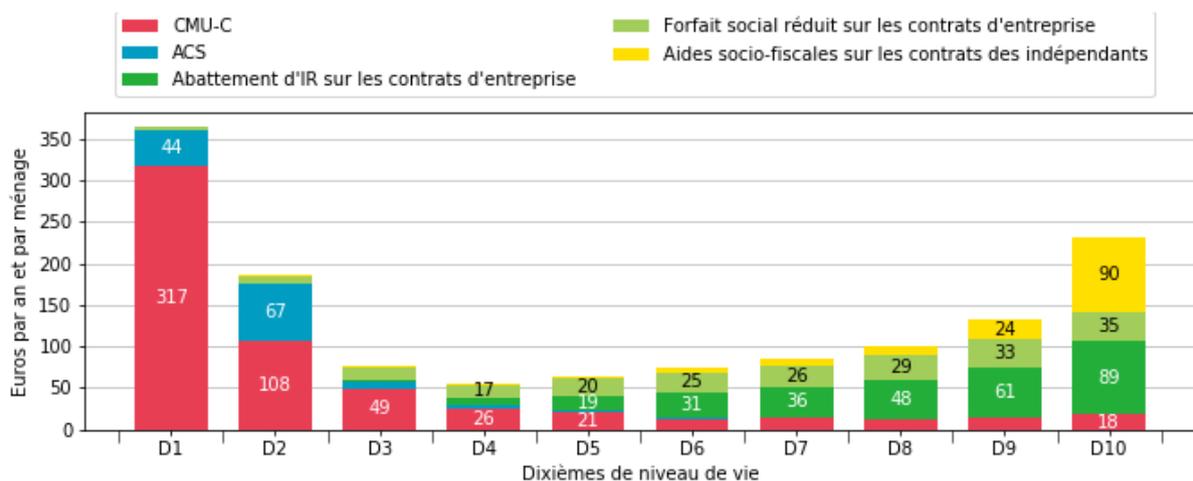
Au-delà de la participation des employeurs, les contrats d'entreprise bénéficient aussi d'une fiscalité avantageuse, qui n'est donc pas neutre pour les finances publiques. D'une part, la participation de l'employeur (que l'on peut assimiler à un surcroît de rémunération du salarié et qui est d'ailleurs à ce titre imposable à l'IR) ne se voit pas appliquer de cotisation sociale mais un forfait social, qui plus est à un taux dérogatoire avantageux : exonération pour les très petites entreprises et 8 % pour les autres entreprises (contre 20 % usuellement). D'autre part, la part de la cotisation de complémentaire santé payée par le salarié est retirée de son assiette d'impôt sur le revenu (IR). La distribution de ces aides socio-fiscales selon le niveau de vie s'avère très inégalitaire. Tout en étant d'un montant presque négligeable pour les 10 % les plus modestes, le bénéfice tiré du taux dérogatoire de forfait social évolue du simple au triple entre le deuxième et le dernier dixième de niveau de vie. Les écarts sont encore plus prononcés concernant l'effet de l'abattement de l'assiette de l'IR : l'effet de cette aide est pratiquement nul pour les 40 % les plus modestes, tandis que les personnes du dernier dixième de niveau de vie en bénéficient en moyenne six fois plus que celles du cinquième dixième.

Les indépendants bénéficient eux aussi d'avantages fiscaux importants : leur cotisation à une complémentaire santé est entièrement déductible de leur assiette de revenu imposable. Cette aide socio-fiscale se répartit également de façon très inégalitaire sur l'échelle de niveau de vie, puisqu'elle suit la progressivité du barème de l'IR. Elle ne profite ainsi que de façon négligeable aux 80 % les plus modestes, tandis qu'elle fait gagner en moyenne près de 700 euros par an aux ménages du dernier dixième de niveau de vie qui en bénéficient. Enfin les aides destinées aux salariés du secteur public représentent des montants négligeables en 2017, mais seront amenées à augmenter au cours des prochaines années avec la mise en place de complémentaires santé partiellement financées par les employeurs publics.

Synthèse des aides

Au total, les 20 % les plus modestes sont fortement soutenus par le système socio-fiscal pour bénéficier d'une complémentaire santé, grâce à la CMU-C et à l'ACS jusqu'en 2019 et grâce à la CSS depuis, mais le caractère équitable des aides publiques prises dans leur ensemble est fortement modifié par la prise en compte des aides visant les actifs [graphique 1]. Il apparaît que les ménages des classes moyennes inférieures (dixièmes de niveau de vie de 3 à 5) perçoivent en moyenne moins d'aides pour acquérir une complémentaire que la moitié de la population la plus aisée. En outre, cette répartition inégale des aides suivant le niveau de vie cache des disparités très prononcées à niveau de vie donné, suivant la situation des personnes vis-à-vis du marché du travail. À cet égard, la situation favorable des personnes en emploi dans le privé contraste avec celle des personnes retraitées, lesquelles – lorsqu'elles ne sont pas éligibles à la CSS - doivent s'acquitter des cotisations de complémentaire santé les plus élevées, tandis qu'aucun dispositif d'aide publique ne leur est dédié.

Graphique A • Distribution de l'ensemble des aides à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie



Lecture > Les ménages du sixième dixième de niveau de vie reçoivent en moyenne 31 euros par an d'aide publique sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé, et 25 euros par an sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
Méthode : mesure de la redistribution	2
Données : le modèle Ines-Omar 2017	3
■ LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES COMPLEMENTAIRES SANTE PRIVEES	6
Des écarts de primes principalement liés à l'âge et au type de couverture	6
Des causes similaires entre écarts de remboursements et de primes	8
La complémentaire santé privée apparaît légèrement redistributive	8
■ LA REDUCTION DES INEGALITES DE NIVEAU DE VIE PAR LES DISPOSITIFS D'AIDE AUX MENAGES MODESTES : CMU-C, ACS, CSS	9
Le passage à la complémentaire santé solidaire	12
■ LES AIDES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DES ACTIFS SONT INEGALEMENT REPARTIES	15
Les aides socio-fiscales à la complémentaire santé d'entreprise et aux indépendants	15
Des aides publiques qui s'adressent aussi aux indépendants et dans une moindre mesure aux salariés du secteur public	16
■ CONCLUSION	18
■ POUR EN SAVOIR PLUS	20
ANNEXE 1. CONTREFACTUELS DE DISTRIBUTION DES PRIMES ET PRESTATIONS DE COMPLEMENTAIRE SANTE	21

■ INTRODUCTION

En France, la quasi-totalité de la population est couverte par l'assurance maladie obligatoire (AMO), laquelle est publique et fait office de couverture de base (Barlet, *et al.*, 2019). Cependant, malgré l'existence de dispositifs visant à réduire les restes à charge, notamment *via* les exonérations de ticket modérateur pour les soins au titre des maladies chroniques (ALD), les dépenses de santé après remboursements par l'AMO peuvent atteindre des niveaux très élevés. Ainsi, chaque année, pour 10 % des assurés les restes à charge après AMO atteignent 2 000 euros et pour 1 % ils atteignent 5 000 euros (Adjerad, Courtejoie, 2020). Ce risque de reste à charge potentiellement très élevé a conduit les pouvoirs publics à promouvoir l'accès à l'assurance maladie complémentaire (AMC), de sorte que 96 % de la population y recourt (Fouquet, 2020). Les premiers dispositifs majeurs concourant à cet objectif ont été la couverture maladie universelle (CMU-C), créée en 2000, puis l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005. Plus récemment, les employeurs du secteur privé sont dans l'obligation de proposer une couverture complémentaire santé collective à leurs salariés depuis 2016, et la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS) en 2019. Par ailleurs l'AMC repose principalement sur des organismes privés, et représente pour eux 38 milliards d'euros de chiffre d'affaires (de Williencourt, 2021). Ce secteur est très régulé en France, les réformes récentes des contrats responsables ou du « 100 % santé » visant à réduire les restes à charge après AMC des assurés sont des exemples notables.

Cette universalisation de la complémentaire santé en France est largement subventionnée par les pouvoirs publics. C'est le cas des dispositifs visant les plus précaires : la CMU-C (aujourd'hui CSS gratuite) est une complémentaire santé gratuite, financée par l'État ; l'ACS puis la CSS payante des dispositifs de complémentaire santé subventionnés. Mais il existe aussi de très nombreux dispositifs d'aides fiscales et sociales subventionnant l'adhésion à une complémentaire santé pour les salariés, les indépendants et les fonctionnaires. En 2016, l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) estimait le montant des aides à la complémentaire santé entre 6,8 et 8,3 milliards d'euros, concentrés sur les bénéficiaires de la CMU-C, les salariés du secteur privé et les indépendants, au détriment des fonctionnaires et des inactifs (Bruant-Bisson, Daudé, 2016). Malgré ces dispositifs, un certain non-recours à la complémentaire demeure et concerne avant tout les ménages modestes (Fouquet, 2020b). En particulier, les personnes âgées sont à la fois exposées aux restes à charge et aux primes d'assurance les plus élevées, de sorte que 11 % des personnes retraitées les plus modestes¹ demeurent non couvertes, principalement par manque de moyens financiers ou pour cause de difficultés administratives (Pierre, 2022).

Des travaux récents ont souligné l'ampleur de la redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire (AMO), notamment du fait de son financement progressif (Fouquet, Pollak, 2022). À l'inverse, il est généralement admis que, étant donné sa tarification au coût du risque, l'assurance maladie complémentaire exerce principalement une redistribution horizontale entre malades et bien-portants et ne crée pas (ou très peu) de redistribution verticale (Jusot, *et al.*, 2016 ; Salgado, Privat, 2021). Néanmoins, l'assurance complémentaire peut créer indirectement une forme de solidarité verticale *via* la mutualisation horizontale entre malades et bien-portants, en raison de l'état de santé plus dégradé des populations modestes. Une solidarité verticale peut aussi, dans une moindre mesure, s'opérer directement *via* une tarification différenciée selon le revenu, laquelle est proposée par certains contrats, notamment collectifs. L'amélioration des données micro-économiques disponibles sur la complémentaire santé permet de jeter un regard neuf sur ces questions. Par ailleurs, les travaux précédemment cités sur la redistribution opérée par le système de santé mesurent les effets respectifs sur le niveau de vie des contributions versées par les ménages et des prestations perçues, mais ils ne prennent pas en compte les aides socio-fiscales à la souscription de contrats privés.

Ce *Dossier de la DREES* se propose de mobiliser les données les plus récentes pour estimer la redistribution verticale opérée par la complémentaire santé ainsi que par les dispositifs publics qui visent à étendre la couverture complémentaire aux populations les plus modestes (CMU-C, ACS et CSS). Par ailleurs, afin de dresser un bilan de l'équité du système d'assurance complémentaire, est également analysée l'équité des aides visant les actifs en emploi. Celles-ci méritent d'être étudiées dans un contexte d'expansion liée à la généralisation de la complémentaire santé collective. Dans la mesure où elles sont proportionnelles aux niveaux de couverture et donnent lieu à des avantages fiscaux aux ménages imposables, elles posent des questions d'équité.

Méthode : mesure de la redistribution

Cette étude se situe dans la continuité des travaux sur la mesure des inégalités sociales et l'évaluation des dispositifs de solidarité, dont les plus récents tendent à se fonder sur des données micro-économiques administratives, en particulier les projets du Laboratoire interdisciplinaire d'évaluation des politiques publiques (LIEPP) qui a comparé les effets redistributifs de plusieurs systèmes socio-fiscaux (Guillaud *et al.*, 2019), les comparaisons internationales rendues possibles par la création de

¹ Il s'agit des 20% des ménages dont le niveau de vie est inférieur au 1^{er} quintile de la distribution.

la World Income Database (Bozio, *et al.*, 2018), et surtout les travaux du groupe d'experts sur la distribution des comptes nationaux, animé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et Eurostat, portant sur une normalisation des comptes nationaux par catégories de ménages (Coli, *et al.*, 2022). Certains de ces travaux insistent sur le fait qu'une comparaison des indicateurs d'inégalité sociale avant et après intervention d'un dispositif redistributif n'a de sens que si ce dispositif est délimité de telle manière qu'il est parfaitement équilibré entre ses recettes et ses dépenses. Sur le cas français, un travail récent du groupe de réflexion mis en place par l'Insee a proposé une analyse de l'ensemble de la redistribution effectuée par le système socio-fiscal, y compris le champ de l'assurance maladie (Germain, *et al.*, 2021).

En suivant ces principes, ce *Dossier de la DREES* étudie les propriétés redistributives du marché de la complémentaire santé pris dans son ensemble, ainsi que des dispositifs CMU-C, ACS et CSS. Cependant, les aides à la complémentaire santé privée consistant en des déductions fiscales, il n'est pas possible d'estimer la distribution de leur « financement » sans formuler des hypothèses hardies sur la façon dont ce manque à gagner fiscal est compensé (nouvelles recettes fiscales, moindres dépenses publiques ou davantage d'endettement). C'est pourquoi l'étude se limite à présenter la distribution de ces aides selon le niveau de vie et à en analyser l'équité, sans mener une analyse redistributive complète, laquelle nécessiterait d'adosser aux aides la distribution de leur financement.

Dans les analyses présentées ici, les individus sont classés par dixièmes de niveau de vie avant intervention des transferts socio-fiscaux étudiés, ce niveau de vie « initial » d'un individu étant défini comme le revenu disponible du ménage auquel il appartient (après paiement des cotisations et impôts directs et après perception des prestations sociales en espèces) divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage². Les contributions au financement et les prestations reçues (qu'elles soient en nature ou monétaires) sont ensuite chiffrées en termes de montant moyen annuel par unité de consommation (UC), afin d'être mis en cohérence avec cette notion de niveau de vie. L'évolution de la distribution des niveaux de vie avant et après prise en compte du dispositif est évaluée en regardant plusieurs indices d'inégalité :

- Le coefficient de Gini permet de mesurer le degré d'inégalité associé à la répartition d'une masse monétaire dans la population en variant de 0 (égalité parfaite) à 1 (inégalité parfaite)³. Le coefficient de Gini est le plus connu des indices d'inégalité sociale. Il donne une bonne idée de la dispersion des niveaux de vie.
- L'indice d'Atkinson est également un indice de dispersion, mais qui s'avère plus proche de la notion de bien-être. En effet, à l'inverse du Gini, cet indice considère que le bien-être est concave en fonction du niveau de vie, de sorte qu'augmenter de 100 euros le niveau de vie des plus pauvres générera plus de bien-être que la même augmentation ciblée sur les plus riches. Un indice d'Atkinson de x % signifie que nous pourrions obtenir le même niveau de bien-être cumulé avec x % de richesses en moins, simplement en les répartissant de façon équitable.⁴
- Deux indices d'écartement enfin, dont l'idée sous-jacente est que le principal problème posé par les inégalités est le fossé creusé entre les plus aisés et les plus modestes. Le ratio $(100-S80)/S20$ est ainsi un indice très utilisé comparant le niveau de vie moyen des 20 % les plus aisés à celui des 20 % les plus modestes. Un indice alternatif est le ratio de Palma qui compare la masse de revenus perçus par les 10 % les plus aisés aux revenus perçus par les 40 % les plus modestes.

Données : le modèle Ines-Omar 2017

Les questions soulevées sur l'équité du système d'assurance maladie complémentaire sont étudiées en mobilisant le modèle Ines-Omar 2017, finalisé en 2021. Outil de microsimulation développé par la DREES, le modèle Ines-Omar permet d'étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie français et de l'ensemble de ses composantes (assurances publique et privée, restes à charge des ménages). Le modèle Omar permet de simuler et d'analyser les cotisations versées aux complémentaires santé et les remboursements perçus selon l'âge et le niveau de vie. L'édition 2017 est centrée sur l'enquête Statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017 de l'Insee, qui comptabilise 25 000 individus représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine (schéma 1). Le module complémentaire de l'enquête donne de précieuses informations sur la couverture complémentaire, l'état de santé et les conditions de vie de la population.

² Le revenu disponible est ici celui qui est mesuré dans l'Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee, soit l'enquête de référence pour mesurer la distribution des niveaux de vie en France.

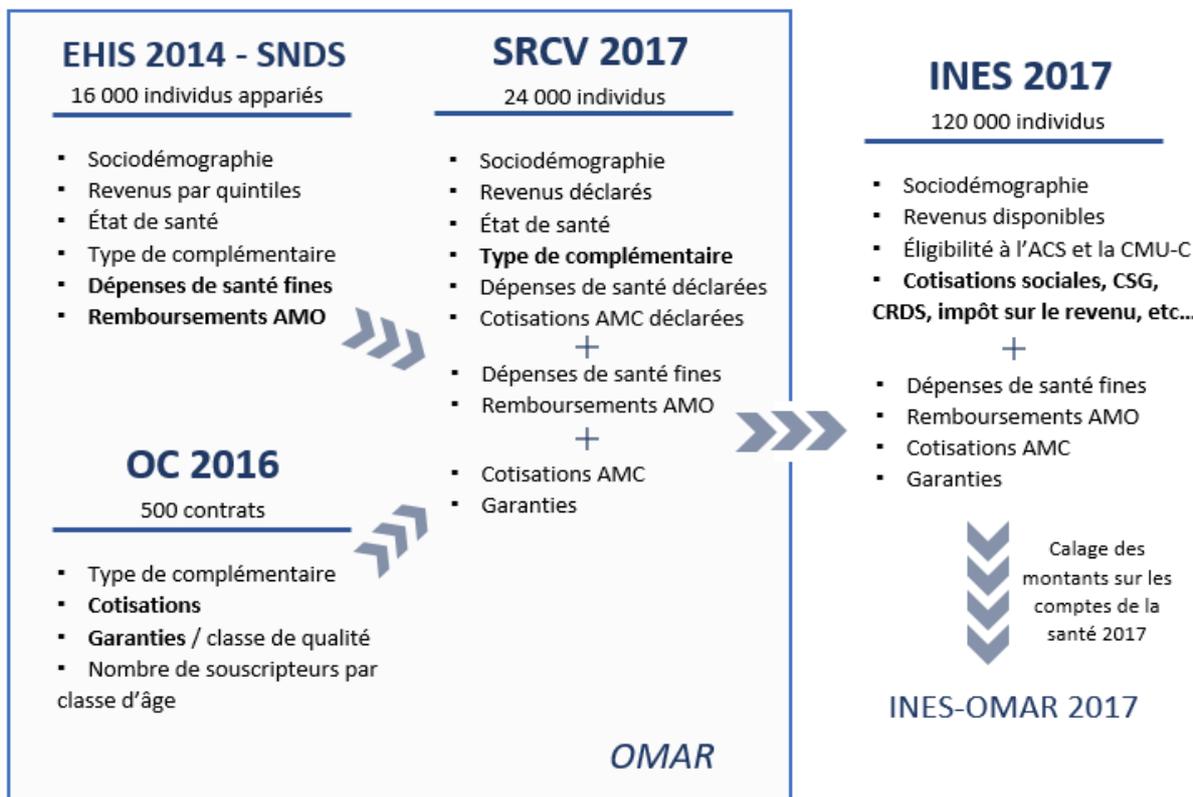
³ Le coefficient de Gini vaut $1 - 2 \times A$, avec A l'aire sous la courbe de Lorenz. Cette dernière consiste à tracer la part cumulée des revenus relativement à la part cumulée de la population. Ainsi, une courbe de Lorenz passant par le point de coordonnées (0,5 ; 0,1) signifie que la moitié de la population la plus pauvre ne perçoit qu'un dixième des revenus. En cas d'égalité parfaite la courbe de Lorenz correspond à la bissectrice, donc l'aire sous elle vaut 0,5 et le coefficient de Gini vaut bien 0.

⁴ L'indice d'Atkinson vaut $1 - \left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \left(\frac{y_i}{\bar{y}} \right)^{1-\epsilon} \right)^{\frac{1}{1-\epsilon}}$, avec y_i le revenu de l'individu i , \bar{y} le revenu moyen, N le nombre d'individus dans la population et ϵ un paramètre indiquant notre niveau d'aversion pour les inégalités. Nous choisissons ici pour ce paramètre une valeur intermédiaire : $\epsilon = 1,5$.

Sources et champ

Les dépenses de santé et les remboursements versés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) pseudo-appariés à SRCV sont issus de l'enquête Santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 et du Système national des données de santé (SNDS). Le champ de ces données recouvre l'ensemble des dépenses présentées au remboursement pour des soins en ville ou à l'hôpital, hors établissements médico-sociaux et dépenses non remboursables par l'AMO (chambre particulière et automédication notamment).

Schéma 1 • Le modèle Ines-Omar 2017



Source > DREES.

En fonction des éléments déclarés, les individus de l'enquête SRCV se voient attribuer un contrat de complémentaire santé sélectionné parmi les 500 contrats de l'enquête de la DREES sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits en 2016. Il est alors possible de simuler finement les remboursements versés par ce contrat pour une consommation de soins donnée et d'estimer la cotisation due selon les caractéristiques du souscripteur. Enfin, le pseudo-appariement d'Omar avec le modèle de microsimulation Ines permet de connaître la contribution des ménages au financement de l'AMO. Des éléments méthodologiques détaillés sur le modèle Ines-Omar 2017 sont fournis dans le guide méthodologique du modèle (Fouquet, 2021).

Des évolutions méthodologiques majeures dans l'édition 2017

Par rapport au modèle Ines-Omar 2012, notamment mobilisé dans Jusot, *et al.* (2016), plusieurs différences importantes sont à relever. D'une part les données de dépenses de santé sur l'hôpital ont vu leur champ s'étendre, en incluant la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD). D'autre part, l'amélioration des données disponibles apporte une connaissance plus fine des dépenses de santé, rendant possible une estimation plus détaillée des remboursements d'assurance maladie complémentaire (AMC). Enfin et surtout, la déclaration du montant de la prime versée par les participants à l'enquête SRCV 2017 permet d'améliorer l'imputation d'une qualité de contrat de complémentaire santé. En effet, en tenant compte non seulement du type de contrat (individuel ou d'entreprise) et des spécificités des contrats individuels (réservés aux fonctionnaires, aux indépendants ou aux retraités), mais aussi du montant de la prime, cette imputation permet de mieux rendre compte de la corrélation entre qualité de couverture et niveau de vie.

Par ailleurs, certaines garanties offertes par les complémentaires santé n'étant pas prises en compte dans le modèle (prévention, cures thermales, médicaments non remboursés par l'AMO), afin de ne pas déséquilibrer le ratio entre les primes perçues

par les organismes de complémentaire santé et les prestations qu'ils versent, un calage vise désormais à garantir que ce ratio corresponde aux données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (Adjerad, 2018). Un travail est également effectué pour distinguer, au sein des cotisations payées par les personnes couvertes, les parts correspondant à la taxe de solidarité additionnelle (TSA ; 13,27 % sur les cotisations AMC) et aux frais de gestion des parts finançant les prestations.

■ LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES COMPLEMENTAIRES SANTE PRIVEES

Le rôle joué par les complémentaires santé privées dans la redistribution des revenus en France tient dans l'écart entre les primes acquittées par les individus pour financer ces complémentaires santé et les prestations qu'ils perçoivent de la part des organismes complémentaires. Au premier ordre, cet effet redistributif est de nature horizontale : les assurances privées opèrent une redistribution *ex post* entre assurés bien portants et assurés malades, conduisant à ce que le revenu disponible des premiers se retrouve quelque peu abaissé, *via* le versement de la prime, et à ce que celui des seconds se trouve augmenté, *via* des remboursements qui excèdent la prime versée, pour leur permettre de faire face à des dépenses de santé.

Cette redistribution horizontale est même la raison d'être de tout système d'assurance. C'est à ce titre que les ménages consentent une dépense de consommation de service d'assurance, qui leur permet de réduire, voire d'annuler, le risque d'être exposé à des restes à charge catastrophiques. À cet égard, il convient bien de distinguer dans le versement de la prime « brute » d'un assuré, la part relevant d'une consommation de service assurantiel, qui ne joue pas sur son revenu disponible mais vient amputer son épargne (part du revenu non consommé), et la part relevant de la prime d'assurance proprement dite, c'est-à-dire la part destinée à financer les remboursements de dépenses de santé, et que l'on qualifiera de prime « nette ». La somme des primes nettes versées par les assurés est censée, au moins en probabilité (*ie* en espérance *ex ante*), être égale à la somme des remboursements qui seront effectués *ex post*. C'est la raison pour laquelle on estime en pratique la dépense de consommation en service d'assurance de l'ensemble des assurés comme le surcroît de primes brutes qu'ils versent par rapport aux remboursements qu'ils reçoivent.

Dans le cas des complémentaires santé privées, leur financement correspond aux primes brutes acquittées, hors TSA, cette dernière relevant du financement des dispositifs CMU-C et ACS *via* la branche maladie de la Sécurité sociale. Les prestations consistent en des remboursements complémentaires des dépenses de santé des individus. Les primes nettes sont, quant à elles, égales aux primes brutes diminuées de la part dont s'acquittent les assurés au titre du service assurantiel consommé. Ce service assurantiel est produit par l'assureur : il correspond aux frais de gestion moyens observés (différence entre total des primes brutes et total des remboursements) et il est ici réparti entre assurés proportionnellement aux primes brutes qu'ils acquittent.

Des écarts de primes principalement liés à l'âge et au type de couverture

Les primes nettes de complémentaire santé augmentent légèrement avec le niveau de vie, progressant de 400 euros par an et par unité de consommation (UC) en moyenne pour le deuxième dixième de niveau de vie à 790 euros pour les 10 % les plus aisés, soit un peu moins du double (tableau 1). Les 10 % les plus modestes se distinguent cependant nettement avec en moyenne seulement 200 euros par an et par UC de primes nettes.

Les écarts de primes de complémentaire santé selon le niveau de vie s'expliquent principalement par la part relativement faible de personnes couvertes par une complémentaire santé privée parmi les catégories modestes (tableau A1), notamment en raison du bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), mais également du fait d'un manque de connaissance des dispositifs existants, de difficultés administratives, de blocages financiers persistants pour les personnes non éligibles aux dispositifs ou plus rarement d'un choix volontaire de ne pas être couvert en raison d'une bonne santé perçue. Parmi les 10 % des individus les plus modestes, 38 % bénéficient de la CMU-C et 11 % n'ont aucune couverture complémentaire santé (graphique 1), donc ne paient aucune prime AMC⁵.

Une autre source importante des écarts de primes tient aux différences de structure d'âge selon le niveau de vie, étant donné que de nombreux contrats sont tarifés selon l'âge de leur bénéficiaire, mais aussi parce que les personnes jeunes ont davantage tendance à ne pas être couvertes par une complémentaire santé privée (Fouquet, 2020). Ainsi par exemple, la population des moins de 30 ans, lesquels paient le moins cher leur complémentaire santé, compte pour plus de 40 % des trois premiers dixièmes de niveau de vie (et même 55 % du premier dixième), contre moins de 30 % dans les deux derniers dixièmes.

Des écarts de qualité des contrats à âge donné expliquent également une partie des écarts de prime moyenne, les personnes aisées ayant tendance à être couvertes par des contrats offrant de meilleures garanties (Fouquet, Pollak, 2022). Ceci s'explique notamment par la proportion plus élevée parmi les ménages aisés de personnes couvertes par des contrats d'entreprise, lesquels affichent généralement de meilleures garanties que les contrats individuels, mais également par la plus grande propension de ces populations à payer pour des services assurantiels. L'état de santé, à âge et type de couverture donnés, ne

⁵ Même si, dans la façon dont est effectuée la simulation, il peut arriver qu'une personne non couverte par une AMC se voit attribuer le paiement d'une prime si elle fait partie d'un ménage dont d'autres membres sont, eux, couverts par une AMC. Ces subtilités tiennent au fait que le calcul du revenu se fait au niveau du ménage et que le calcul du niveau de vie individuel, attribué à chaque membre du ménage, s'en déduit par division par le nombre d'unités de consommation.

semble en revanche pas avoir d'effet significatif sur les niveaux des primes. Cela n'est pas surprenant, dans la mesure où il est interdit, sauf exception, de faire varier le montant de la prime en fonction de l'état de santé du souscripteur.

Tableau 1 • Prise en compte de la complémentaire santé dans l'échelle des niveaux de vie (en euros par an et par UC).

Dixième de niveau de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ensemble
Part de la population assurée par une AMC privée (en %)	51	83	90	94	95	96	96	97	96	97	89
Niveau de vie initial	8 499	12 769	15 167	17 338	19 518	21 811	24 398	27 842	33 309	55 079	23 573
Primes brutes hors taxes	-271	-529	-590	-646	-689	-707	-760	-808	-878	-1 013	- 689
Service assurantiel	+66	+127	+137	+150	+158	+157	+170	+180	+193	+226	+156
Primes nettes hors taxes	-204	-401	-452	-496	-531	-549	-589	-628	-684	-786	-532
Niveau de vie après cotisations	8 294	12 368	14 715	16 841	18 987	21 261	23 808	27 214	32 625	54 292	23 041
Remboursements AMC	+254	+463	+540	+579	+536	+571	+568	+610	+642	+651	+541
Niveau de vie après AMC	8 549	12 831	15 255	17 421	19 523	21 832	24 376	27 824	33 267	54 944	23 583

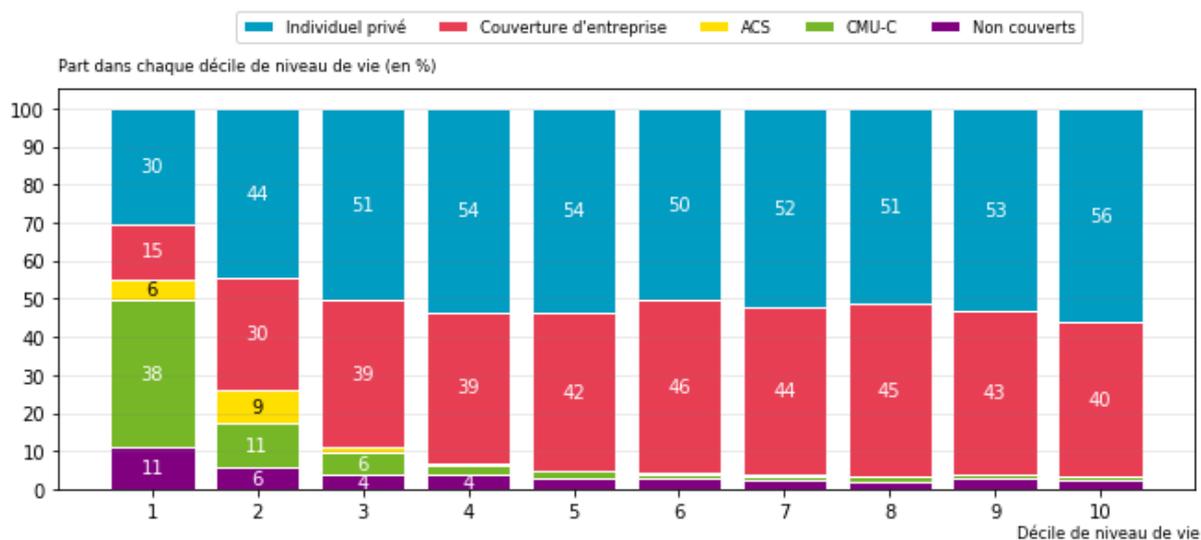
Lecture > Les individus du huitième dixième de niveau de vie ont en moyenne 27 842 euros par an de niveau de vie et reçoivent en moyenne 610 euros par an et par UC de remboursements de complémentaire santé.

Note > Le fait que, sur l'ensemble de la population, le niveau de vie moyen après AMC soit très légèrement plus élevé que le niveau de vie moyen avant AMC est bien compatible avec la contrainte comptable globale que la somme des primes nettes soit égale à la somme des remboursements. Cela provient du fait que la taille moyenne des ménages « gagnants » *ex post* à la redistribution est plus importante que la taille moyenne des ménages « perdants ».

Champ > Personnes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Graphique 1 • Répartition de la couverture complémentaire selon le niveau de vie



Lecture > 41 % des individus du troisième dixième de niveau de vie sont couverts par un contrat d'entreprise.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > SRCV 2017 ; Fonds CMU et modèle Ines pour l'ACS.

Enfin, une partie des écarts moyens de prime demeurent inexpliqués à la suite de la prise en compte des effets d'âge, de type de couverture et d'état de santé. Ce reste inexpliqué est croissant selon le niveau de vie, notamment à partir du troisième dixième. Il peut s'expliquer par l'existence d'une tarification différenciée selon le revenu, en particulier dans les contrats d'entreprise dont ne peuvent pas bénéficier les personnes inactives, nombreuses dans les deux premiers dixièmes de niveau de vie.

Des causes similaires entre écarts de remboursements et de primes

Les prestations fournies par les complémentaires santé privées (remboursements de soins et services assurantiels) croissent également selon le niveau de vie, quoique moins fortement que les primes, passant d'une moyenne de 460 euros par an et par UC pour le deuxième dixième de niveau de vie à 650 euros pour les 10 % les plus aisés. Bien que les cotisations et les prestations de l'assurance maladie complémentaire soient – logiquement – liées, on observe que les ménages modestes perçoivent des prestations légèrement supérieures à leurs cotisations, et inversement pour les ménages aisés.

De même que pour les primes, les 10 % les plus modestes se distinguent par des niveaux moyens de prestations très faibles, à 250 euros par an et par UC. Ces niveaux sont toutefois plus élevés si l'on raisonne sur le sous-champ des 51 % d'entre eux qui ont une assurance complémentaire privée.

De façon générale, les effets à l'origine des différences de niveau dans les prestations perçues selon la position sur l'échelle de niveau de vie sont les mêmes que ceux qui expliquent les écarts de primes (annexe 1, tableau A2). Vient toutefois s'ajouter un effet supplémentaire significatif, celui de l'état de santé moyen, à âge et type de couverture donnés. En effet, les populations les plus modestes ont un moins bon état de santé à âge donné : 9 % des personnes parmi les trois premiers dixièmes de niveau de vie déclarent être en mauvais ou en très mauvais état de santé, contre seulement 5 % parmi les trois derniers dixièmes (ce sans même prendre en compte la relative jeunesse des personnes modestes). Ceci induit des dépenses de santé plus élevées pour ces populations, donc davantage de remboursements de soins à niveau de garantie donné.

La complémentaire santé privée apparaît légèrement redistributive

Les primes de complémentaire santé sont presque strictement croissantes en fonction du niveau de vie, les 10 % des ménages les plus aisés s'acquittant de primes plus de quatre fois supérieures à celles payées par les 10 % les plus modestes. Néanmoins ces écarts sont nettement inférieurs aux écarts existant dans la distribution initiale des niveaux de vie, de sorte que les primes AMC contribuent à accentuer les écarts de niveau de vie, ce quel que soit l'indice d'inégalité considéré (tableau 2). Cela n'a rien d'étonnant dans le cas d'un système d'assurance privé, dont l'objectif est d'opérer une redistribution de type horizontale, sans égard particulier pour le niveau de revenu des assurés.

Tableau 2 • Effet de l'assurance maladie complémentaire sur les indices d'inégalité

Indice d'inégalité	Gini	Atkinson	(100-S80)/S20	Palma
Avant AMC	0,2757	0,1696	4,156	1,024
Effet financement AMC	+0,0027	+0,0026	+0,051	+0,016
Effet remboursements AMC	-0,0042	-0,0042	-0,081	-0,024
Après AMC	0,2742	0,1680	4,126	1,016

Lecture > L'indice de Gini français passe de 0,2757 à 0,2742 si on prend en compte l'intervention de la complémentaire santé.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Les prestations offertes par les organismes complémentaires santé augmentent également avec le niveau de vie. En particulier, les 10 % les plus modestes perçoivent plus de deux fois moins de prestations de complémentaire santé que les 10 % les plus aisés, en partie parce que la proportion affiliée à une AMC est bien moins élevée parmi les premiers que parmi les seconds. Toutefois, l'augmentation des prestations selon le niveau de vie demeure relativement faible en comparaison des inégalités dans la distribution initiale des niveaux de vie, de sorte que ces prestations apparaissent comme étant redistributives, ce quel que soit l'indice d'inégalité considéré. Là encore, cela n'a rien d'étonnant : le montant moyen des remboursements dépend bien plus de la quantité et du type de soins prodigués que de la position sur l'échelle de niveau de vie.

Ce qui compte, en définitive, est l'effet total. Au global, la complémentaire santé s'avère légèrement redistributive (au sens de la redistribution verticale sur l'échelle des niveaux de vie). Ceci s'explique par deux raisons : d'une part, la tarification pratiquée peut dans certains cas être différenciée selon le niveau de vie ; d'autre part, l'état de santé des populations modestes à âge donné est plus dégradé que celui des populations aisées. Elle est toutefois nettement moins redistributive que l'assurance maladie obligatoire, car son mode de financement est beaucoup moins assis sur le niveau de revenu des individus que celui de l'AMO (CSG, cotisations employeurs assis sur le niveau des salaires...) [Fouquet, Pollak, 2022].

■ LA REDUCTION DES INEGALITES DE NIVEAU DE VIE PAR LES DISPOSITIFS D'AIDE AUX MENAGES MODESTES : CMU-C, ACS, CSS

Face à la difficulté financière que représente pour les ménages modestes l'accès à une complémentaire santé, et pour leur éviter de s'exposer à des niveaux de restes à charge potentiellement catastrophiques, l'État a mis en place plusieurs dispositifs. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) s'adressait aux plus modestes et faisait office de complémentaire santé gratuite en remboursant l'intégralité du reste à charge opposable ainsi qu'un panier défini d'équipements en optique, en dentaire et en prothèses auditives. Pour les personnes modestes dont les revenus étaient immédiatement supérieurs au seuil d'éligibilité à la CMU-C, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) permettait de recevoir un chèque d'une valeur croissante avec l'âge et de s'en servir pour souscrire un contrat ACS et réduire ainsi le coût de la cotisation de complémentaire santé. Qui plus est, les bénéficiaires de la CMU-C comme de l'ACS ne pouvaient pas se voir tarifier de dépassements d'honoraires. Enfin, les bénéficiaires de l'ACS étaient remboursés par la Sécurité sociale des participations forfaitaires et des franchises médicales qui s'applique sur les consultations de professionnels de santé et sur les boîtes de médicament et qui ne sont normalement pas remboursées par les complémentaires santé.

Ces dispositifs, destinés à éviter le non-recours aux soins pour raisons financières et à protéger les plus modestes des restes à charge catastrophiques, jouent un rôle dans la réduction des inégalités de niveau de vie. En effet, seuls les plus modestes en bénéficient, tandis que le financement est assuré par l'ensemble des souscripteurs de contrats de complémentaire santé à travers la taxe de solidarité additionnelle (TSA), laquelle s'applique uniformément à leurs cotisations⁶. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, l'équivalent monétaire de ce que le dispositif leur offre correspond aux montants de remboursements supplémentaires perçus au titre de la CMU-C, qui vient rehausser leur revenu disponible, donc leur niveau de vie, mais aussi aux frais de gestion du dispositif qui sont l'équivalent de la consommation de service assurantiel fournie par les complémentaires privées : cette dépense de consommation est dans ce cas prise en charge par les administrations publiques. Pour les bénéficiaires de l'ACS, le gain équivaut à la somme du montant du chèque offert par le dispositif et des remboursements de franchises médicales et de participations forfaitaires⁷. Le choix est fait par ailleurs de ne pas valoriser l'interdiction des dépassements d'honoraires sous forme de gain monétaire pour les bénéficiaires des deux dispositifs, car il n'est pas certain que les dépassements constituent en soi un gain en qualité de soins pour les patients. De plus, cette interdiction conduit parfois à un moins bon accès aux soins⁸.

Dans le modèle Ines-Omar 2017, les remboursements au titre de la CMU-C (appelés « parts supplémentaires ») des bénéficiaires de la CMU-C sont calés sur le coût moyen de la CMU-C par bénéficiaire estimé par le Fonds CMU. Ce calage maintient le gradient des remboursements issu des données du SNDS, notamment selon l'âge, le sexe et la présence ou non d'une affection de longue durée (ALD). La répartition des bénéficiaires de la CMU-C dans le modèle selon l'âge, le sexe et la présence d'une ALD, apparaît ainsi globalement cohérente avec les données du SNDS, malgré la relative faiblesse des effectifs dans le modèle Ines-Omar. Leur répartition selon le niveau de vie est assez conforme au plafond d'éligibilité au dispositif, lequel s'élevait en 2017 à un revenu de 727 euros par mois et par UC. Ainsi, dans le modèle, 69 % des bénéficiaires de la CMU-C sont dans le 1^{er} dixième de la distribution des niveaux de vie, 82 % dans les deux premiers⁹. On constate néanmoins que certains bénéficiaires, peu nombreux, appartiennent à des ménages dont les revenus sont élevés alors que la CMU-C est destinée au premier dixième de revenus (graphique 1). Il est possible que certains bénéficiaires aient connu de fortes variations de revenus la même année que celle de l'obtention de leurs droits à la CMU-C. Néanmoins, il est aussi possible qu'une partie de cette répartition soit due à des erreurs de mesure, liées à la difficulté d'identifier les bénéficiaires dans les enquêtes. Ceci conduit vraisemblablement à une légère sous-estimation de l'ampleur de la redistribution opérée par le dispositif dans nos résultats.

Les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont trop peu nombreux pour être précisément identifiés dans les enquêtes en population générale. On affecte donc aléatoirement l'ACS à des bénéficiaires d'une complémentaire santé individuelle, en respectant les proportions de bénéficiaires de l'ACS dans l'échelle des niveaux de vie (selon

⁶ Cette taxe, d'un taux fixe de 13,27 %, finançait les dispositifs CMU-C et ACS et désormais la CSS, tout en générant un surplus qui est affecté au financement de la branche maladie de la Sécurité sociale.

⁷ Une estimation de ce type a été proposée par des travaux sur la CMU-C et l'ACS par Sireyjol (2016). Ici nous poussons l'analyse jusqu'à opérer un bilan redistributif.

⁸ À ce sujet, voir l'étude conjointe du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C sur les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique (Chareyron, *et al.*, 2019).

⁹ Le fait que certains bénéficiaires de la CMU-C dans l'enquête aient, en 2017, des revenus supérieurs au plafond d'éligibilité peut s'expliquer par un décalage dans le temps des ressources prises en compte pour l'éligibilité et/ou par une différence entre le périmètre de ces ressources et celui de celles rentrant dans la définition du revenu disponible.

la répartition des éligibles à l'ACS dans Ines) et par âge (selon la répartition des bénéficiaires de l'ACS par âge issue du SNDS). Enfin la répartition du financement de ces dispositifs est calculée en isolant la part de la TSA affectée au financement de chacun des dispositifs.

La CMU-C crée une redistribution conséquente en faveur des ménages les plus modestes d'après l'ensemble des indices d'inégalité (tableau 3). Le financement par la TSA est strictement croissant avec le niveau de vie car il est proportionnel aux cotisations de complémentaire santé, elles-mêmes croissantes avec le niveau de vie (tableau 4). Cependant ce financement n'est pas redistributif car il pèse davantage sur les ménages modestes en proportion de leur niveau de vie. La redistribution opérée par la CMU-C est donc liée à l'ampleur de ses prestations, très concentrées sur les ménages les plus modestes : elles atteignent en moyenne 232 euros par unité de consommation (UC) dans le premier dixième. Pour ses bénéficiaires le gain – de 403 euros par bénéficiaire en moyenne – est fortement croissant avec l'âge pour les personnes sans ALD et, jusqu'à 70 ans, s'avère plus élevé chez les femmes et les personnes ayant une ALD (graphique 2)¹⁰. La CMU-C procure donc un gain conséquent pour les populations pauvres les plus exposées à des dépenses de santé élevées.

Tableau 3 • Effets de la CMU-C et de l'ACS sur les indices d'inégalité

Indice d'inégalité	Gini	Atkinson	(100-S80)/S20	Palma
Avant CMU-C et ACS	0,2757	0,1696	4,156	1,0243
Effet CMU-C	-0,0015	-0,0028	-0,056	-0,0057
Effet ACS	-0,0003	-0,0005	-0,012	-0,0013
Après CMU-C et ACS	0,2739	0,1663	4,088	1,0173

Lecture > Après application des transferts monétaires liés à la CMU-C, le coefficient de Gini passe de 0,2757 à 0,2739.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Tableau 4 • Tableau redistributif d'ensemble avant et après CMU-C et ACS (en euros par an et par UC)

Dixième de niveau de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Part de la population bénéficiaire de la CMU-C (en %)	38	11	6	3	2	1	1	1	1	1
Part de la population bénéficiaire de l'ACS (en %)	6	9	1	1	0	0	0	0	0	0
Niveau de vie initial	8 499	12 769	15 167	17 338	19 518	21 811	24 398	27 842	33 309	55 079
Financement CMU-C	-14	-29	-32	-35	-37	-38	-41	-44	-48	-55
Remboursements CMU-C	+232	+79	+38	+19	+15	+8	+10	+8	+9	+11
Total CMU-C	+217	+50	+5	-16	-22	-30	-31	-36	-38	-44
Niveau de vie après CMU-C	8 716	12 820	15 173	17 322	19 497	21 781	24 367	27 806	33 272	55 036
Financement ACS	-3	-6	-6	-7	-8	-8	-8	-9	-10	-11
Chèques ACS	+24	+39	+5	+2	0	0	0	0	0	0
Absence de franchise	+2	+3	0	0	0	0	0	0	0	0
Total ACS	+24	+36	0	-4	-7	-7	-8	-9	-10	-11
Niveau de vie après ACS	8 740	12 856	15 173	17 318	19 490	21 774	24 359	27 797	33 262	55 025

Lecture > Le cinquième dixième de niveau de vie a en moyenne un niveau de vie de 19 518 euros par an. Sa participation au financement de la CMU-C lui coûte en moyenne 37 euros de niveau de vie annuel.

Champ > Personnes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

¹⁰ Le tableau 4 et le graphique 2 affichent des niveaux de gain moyen différents car ils ne correspondent pas aux mêmes notions. Le tableau 4 considère un gain moyen pour l'ensemble de la population, y compris les personnes non bénéficiaires des dispositifs pour lesquelles le gain est nul. Par ailleurs, le gain y est divisé par le nombre d'UC du ménage afin de correspondre à une notion de niveau de vie. Dans le graphique 2, il s'agit d'un gain moyen par bénéficiaire, non divisé par le nombre d'UC. Ceci explique de même les écarts entre les tableaux 4 et 7 et le graphique 3.

Tableau 5 • Tableau redistributif d'ensemble avant et après CMU-C et ACS selon le bénéfice des dispositifs (en euros par an et par UC)

	Parmi les bénéficiaires de la CMU-C	Parmi les bénéficiaires de l'ACS	Parmi les non-bénéficiaires
Niveau de vie initial	12 439	12 646	24 571
Financement CMU-C	-8	-28	-40
Remboursements CMU-C	+428	+12	+16
Total CMU-C	+420	-16	-24
Niveau de vie après CMU-C	12 859	12 630	24 547
Financement ACS	-2	-6	-9
Chèques ACS	+2	+267	+3
Absence de franchise	0	+26	0
Total ACS	0	+287	-5
Niveau de vie après ACS	12 859	12 917	24 542

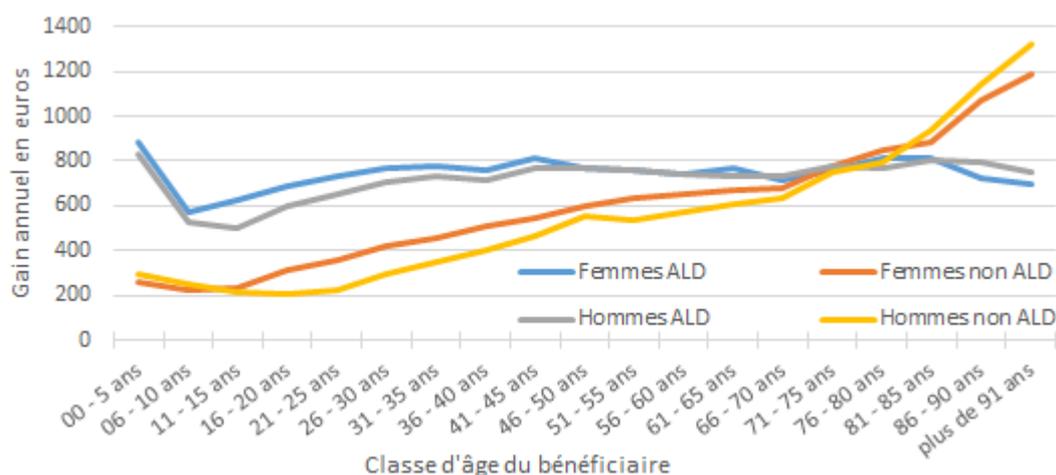
Note > Certaines personnes peuvent bénéficier indirectement de la CMU-C ou de l'ACS à travers le bénéfice qu'en tire un autre membre du ménage, sans en être nécessairement bénéficiaires elles-mêmes.

Lecture > Les bénéficiaires de l'ACS participent en moyenne au financement de l'ACS à hauteur de 6 euros par an et par UC, et perçoivent des chèques ACS pour une valeur moyenne de 267 euros par an et par UC.

Champ > Personnes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Graphique 2 • Gain annuel moyen estimé de la CMU-C selon le sexe et l'ALD



Lecture > Le gain moyen pour une femme sans ALD bénéficiaire de la CMU-C et âgée d'entre 46 et 50 ans s'élève à 598 euros par an. Il est estimé au niveau du coût de la CMU-C par bénéficiaire (remboursements au titre de la CMU-C, y compris frais de gestion).

Champ > Bénéficiaires de la CMU-C.

Source > SNDS 2016 (distribution des remboursements au titre de la CMU-C et des effectifs CMU-C selon l'âge, le sexe et l'ALD) ; Fonds CMU (effectif total de CMU-Cistes, coût total pour les finances publiques de la CMU-C, y compris frais de gestion).

L'ACS est également redistributive, avec un effet plus ciblé sur le 2^e dixième de niveau de vie, dans lequel se situent la majorité de ses bénéficiaires. La redistribution qu'elle opère est toutefois moindre que la CMU-C, d'une part car elle couvre un nombre plus faible de bénéficiaires et met en jeu des montants de plus faible ampleur, et d'autre part car elle cible des populations moins précaires (deuxième dixième de niveau de vie plutôt que le premier, ce à quoi sont sensibles les indicateurs d'inégalités – Gini et Atkinson – retenus). Le gain monétaire lié à l'ACS dépend pour l'essentiel de la valeur du chèque, c'est-à-dire de l'âge du bénéficiaire. Il est compris entre 100 et 550 euros par an et par bénéficiaire.

Le passage à la complémentaire santé solidaire

À partir du 1^{er} novembre 2019, les dispositifs CMU-C et ACS ont été progressivement remplacés par la complémentaire santé solidaire (CSS). Celle-ci consiste, d'une part, en un maintien à l'identique de la CMU-C pour ses anciens bénéficiaires, désormais appelée « CSS gratuite », et, d'autre part, en la généralisation de la CMU-C aux anciens éligibles à l'ACS moyennant une contribution financière croissante avec l'âge. Cette simplification des dispositifs existants sous la forme d'un dispositif unique doit permettre d'accroître la visibilité et la compréhensibilité de la CSS afin de réduire le non-recours. Pour autant, en décembre 2021, le nombre de recourants à la CSS n'avait pas augmenté à comparaison des effectifs de la CMU-C et de l'ACS¹¹. C'est pourquoi on fait ici le choix de ne pas simuler de hausse du taux de recours. Si le nombre de bénéficiaires de la CSS finit par augmenter, notamment à la suite de l'automatisation de l'octroi pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) en 2022, celle-ci jouera à l'avenir un rôle plus important dans la redistribution des richesses que la mesure qui est présentée dans cette étude.

Étant donné la date de mise en œuvre de la CSS, les données la concernant ne sont pas disponibles dans le modèle Ines-Omar 2017. Pour estimer le montant moyen des prestations versées par la CSS par bénéficiaire, nous faisons l'hypothèse que celui-ci sera équivalent au montant moyen de la CMU-C, à âge, sexe et présence d'une ALD donnés. En effet, le panier de soins proposé ainsi que la logique de prise en charge sont quasiment identiques entre la CMU-C et la CSS¹². Les anciens bénéficiaires de la CMU-C ne devraient donc pas modifier leur comportement de consommation de soins. En revanche, les anciens bénéficiaires de l'ACS voient leur niveau de garantie se modifier vers un panier très proche de celui de la CMU-C actuelle. Les individus considérés bénéficiaires de la CSS contributive se voient donc attribuer des dépenses de santé de personnes bénéficiaires de la CMU-C ayant des caractéristiques socio-démographiques très proches¹³.

La CSS apparaît elle aussi comme nettement redistributive, puisque les prestations versées se concentrent – logiquement – sur les personnes les plus modestes (tableau 6). La contribution au financement du dispositif *via* la TSA est certes croissante en fonction du niveau de vie, évoluant du simple au double entre le deuxième et le dernier dixième de niveau de vie, mais tout en pesant plus lourd dans le budget des ménages modestes que dans celui des ménages aisés (tableau 7). Enfin, par construction du dispositif, l'essentiel des contributions directes au financement du dispositif de la part des bénéficiaires de la CSS sont le fait d'individus appartenant aux deux premiers dixièmes de niveau de vie.

Tableau 6 • Effets de la CSS sur les indices d'inégalité.

Indice d'inégalité	Gini	Atkinson	(100-S80)/S20	Palma
Avant CSS	0,2757	0,1696	4,156	1,0243
Effet financement	+0,0004	+0,0006	+0,013	+0,0023
Effet remboursements	-0,0022	-0,0040	-0,082	-0,0094
Après CSS	0,2739	0,1662	4,087	1,0172

Lecture > Après application des transferts monétaires liés à la CSS, le coefficient de Gini passe de 0,2757 à 0,2739.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Il est intéressant de remarquer que, selon l'ensemble des indices d'inégalité considérés, les effets redistributifs de la CSS semblent légèrement supérieurs aux effets cumulés de la CMU-C et de l'ACS qu'elle remplace. Ce résultat est sans doute à la limite de la significativité, mais il peut s'expliquer. Étant donné que la CSS gratuite correspond presque parfaitement à l'ancienne CMU-C, l'explication est à rechercher dans la comparaison entre l'ACS et la CSS contributive. Pour comprendre si les bénéficiaires du dispositif sont perdants ou gagnants au passage de l'ACS à la CSS contributive, il faut comparer la valeur du chèque ACS offert auparavant au montant moyen de remboursements supplémentaires désormais perçus au titre de la CSS dégrevé de la contribution financière. Une comparaison des gains monétaires fournis par chaque dispositif selon l'âge du bénéficiaire a été menée à partir de données du SNDS et du Fonds CMU (graphique 3). En moyenne, le gain offert par la CSS contributive est supérieur à celui de l'ACS de 29 euros par an et par bénéficiaire. Cependant, les gains sont différents selon l'âge et l'état de santé des bénéficiaires. Les bénéficiaires jusqu'à 55 ans connaissent un gain important en passant à la CSS contributive. *A contrario*, à partir de 60 ans les paliers de contribution à la CSS augmentent plus rapidement que les remboursements moyens perçus au titre de la CSS. Étant donné qu'à l'inverse, le gain lié au chèque ACS était fortement croissant avec l'âge, il en résulte que les bénéficiaires âgés de 60 ans ou plus ont une perte nette lors du passage de l'ACS à la CSS contributive. Ces personnes âgées ayant été nombreuses à bénéficier de l'ACS, elles compensent fortement les gains

¹¹ Direction de la sécurité sociale (2022, printemps). *Revue de la complémentaire santé solidaire et de l'accès aux soins*, 4.

¹² La CSS a néanmoins élargi le panier de la CMU-C à l'ensemble du panier 100 % santé, ce qui implique quelques légères différences au niveau des soins prothétiques dentaires.

¹³ Plus précisément, il est procédé à un pseudo-appariement par apprentissage statistique entre les individus de SRCV 2017 considérés bénéficiaires de la CSS contributive et des individus de EHIS 2014 effectivement bénéficiaires de la CMU-C.

enregistrés par les populations plus jeunes, de sorte que la CSS contributive ressort comme étant légèrement plus redistributive que l'ACS.

Tableau 7 • Tableau redistributif d'ensemble avant et après CSS (en euros par an et par UC)

Dixième de niveau de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Part de la population bénéficiaire de la CSS (en %)	38	11	6	3	2	1	1	1	1	1
Niveau de vie initial	8 499	12 769	15 167	17 338	19 518	21 811	24 398	27 842	33 309	55 079
Financement TSA	-18	-35	-40	-43	-46	-48	-51	-54	-59	-68
Contributions CSS	-16	-26	-3	-1	0	0	0	0	0	0
Remboursements CSS	+286	+144	+50	+24	+18	+9	+12	+9	+10	+12
Total CSS	+251	+81	+6	-21	-29	-38	-39	-45	-49	-56
Niveau de vie après CSS	8 750	12 851	15 174	17 317	19 490	21 773	24 359	27 797	33 261	55 024

Lecture > Le deuxième dixième de niveau de vie a en moyenne un niveau de vie de 12 769 euros par an. Sa participation au financement de la CSS via la TSA lui coûte en moyenne 35 euros de niveau de vie annuel.

Champ > Personnes membre d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Tableau 8 • Tableau redistributif d'ensemble avant et après CSS selon le bénéfice du dispositif (en euros par an et par UC).

	Parmi les bénéficiaires de la CSS	Parmi les non-bénéficiaires
Niveau de vie initial	12481	24571
Financement TSA	-15	-50
Contribution CSS	-37	-2
Remboursements CSS	+449	+23
Total CSS	+397	-29
Niveau de vie après CSS	12878	24542

Note > Certaines personnes peuvent bénéficier indirectement de la CSS à travers le bénéfice qu'en tire un autre membre du ménage, sans en être nécessairement bénéficiaires elles-mêmes.

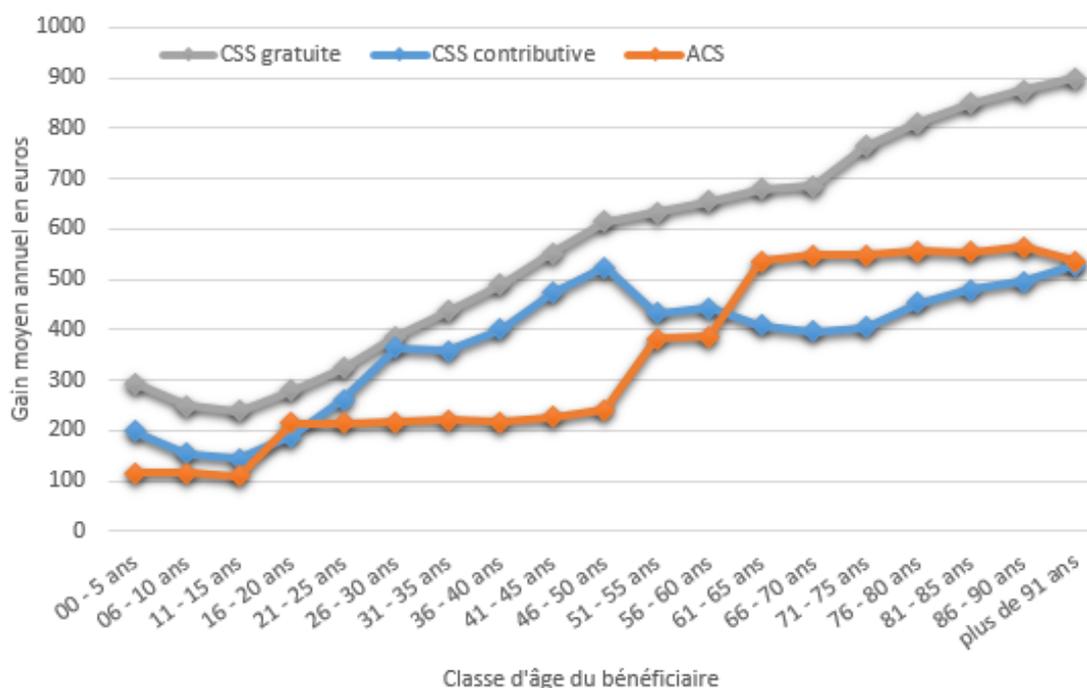
Lecture > Les bénéficiaires de la CSS s'acquittent d'une contribution moyenne au dispositif de 37 euros par an et par UC, et perçoivent des remboursements au titre de la CSS pour une valeur moyenne de 449 euros par an et par UC.

Champ > Personnes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Il convient toutefois de noter qu'au-delà d'une réallocation de la dépense publique, la CSS donne accès à un panier de soins à tarifs régulés accessibles avec un reste à charge nul (notamment en optique, dentaire, audioprothèses). Avant la CSS, les bénéficiaires de l'ACS étaient exposés pour ces soins aux prix pratiqués sur le marché, avec une prise en charge variable selon la qualité du contrat choisi, ce qui les exposait à des restes à charge fréquents et parfois importants. Cet effet de baisse théorique du reste à charge (dont pourront également bénéficier les autres assurés consommant dans le panier 100 % santé) n'est pas mesuré ici. En effet, il ne s'agit pas de dépense publique mais d'une baisse de prix pratiquée par les professionnels de santé devant désormais proposer des biens aux tarifs « CMU-C » à l'ensemble des bénéficiaires de la CSS. Un des objectifs de la CSS consiste précisément à favoriser – par un accès à un panier plus large à reste à charge nul – le recours aux soins des bénéficiaires de l'ACS. Dès lors, les pertes ou gains du passage de l'ACS à la CSS seront très variables selon l'évolution du recours aux soins. Par ailleurs le bénéfice de la CSS sera amené à évoluer à la hausse à mesure que les dépenses de santé moyennes augmenteront, tandis que l'ACS offrait un bénéfice figé dans le temps. Les évaluations de la redistribution opérée par ces dispositifs devront donc être complétées par des évaluations *ex post* de la CSS afin de suivre l'évolution du recours au dispositif suite à l'automatisation de l'octroi aux bénéficiaires du RSA, du recours aux soins, et des restes à charge des publics ciblés par la réforme.

Graphique 3 • Gain annuel moyen estimé de l'ACS et de la CSS par bénéficiaire



Note > L'écart de gain entre la CSS contributive et l'ACS sera amené à évoluer dans le temps. En effet le bénéfice de la CSS est susceptible d'augmenter dans les mêmes proportions que les dépenses de santé moyennes, tandis que l'ACS offrirait un gain figé dans le temps.

Lecture > Le gain pour un bénéficiaire de la CSS contributive âgé d'entre 51 et 55 ans s'élève à 433 euros par an. Il équivaut à son coût pour les finances publiques (espérance de remboursement y compris frais de gestion – contribution à la CSS). Pour un bénéficiaire de l'ACS du même âge il équivaut à 382 euros par an (montant du chèque ACS et des remboursements de franchises médicales et participations forfaitaires).

Champ > Bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS.

Source > SNDS (DCIRS, PMSI) 2016 (distribution des remboursements au titre de la CMU-C et des effectifs CMU-C et ACS selon l'âge, le sexe et l'ALD) ; Fonds CMU (effectif total de CMU-Cistes, coût total pour les finances publiques de la CMU-C, y compris frais de gestion).

■ LES AIDES A LA COMPLEMENTAIRE SANTE DES ACTIFS SONT INEGALEMENT REPARTIES

Les pouvoirs publics ont progressivement mis en place un certain nombre d'aides à la couverture complémentaire santé à destination des salariés du secteur privé et des indépendants, en particulier dans le cadre des contrats de complémentaire santé d'entreprise. Souscrits par l'employeur pour l'ensemble de ses salariés, ces contrats ont été rendus obligatoires depuis 2016 avec un nombre restreint d'exceptions. L'employeur doit participer à la cotisation de complémentaire santé à hauteur d'au moins 50 % et la participation moyenne en 2017 atteint 57 %, d'après les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE ; Perronnin, 2019). Le contrat doit par ailleurs offrir un niveau minimal de garanties et la pratique montre que les contrats souscrits sont généralement de très bonne qualité. Les taux de prise en charge ainsi que la qualité des couvertures proposées sont toutefois inégalement répartis et s'avèrent plus élevés dans les entreprises de grande taille et les secteurs à forte valeur ajoutée, tandis que les salariés les plus précaires sont les plus touchés par les exceptions.

Dans le modèle Ines-Omar 2017, la participation de l'employeur est estimée à partir de la cotisation de complémentaire santé des salariés du secteur privé ouvrants droit d'un contrat d'entreprise. Un taux de participation de l'employeur est appliqué à cette cotisation, en modulant le taux selon le secteur d'activité et la taille de l'entreprise à partir de données issues de l'enquête PSCE 2017. En effet, le secteur d'activité est la variable selon laquelle le taux de participation se distingue le plus entre les entreprises (Barlet, *et al.*, 2019). Ces taux de participation sont appliqués sans distinction du statut des salariés, puisque 93 % des établissements offrant une couverture complémentaire la financent de manière uniforme pour l'ensemble de leurs salariés. Les cas dans lesquels la prise en charge de l'employeur s'étend au coût de la complémentaire pour les ayants droit ne sont pas pris en compte dans la mesure où ils ne peuvent pas être estimés à partir de PSCE.

Le montant moyen par ménage du total des participations des employeurs au financement d'une complémentaire santé apparaît fortement croissant avec le niveau de vie : il est près de huit fois supérieur en moyenne dans le dernier dixième que dans le premier (tableau 9). Cette distribution très inégalitaire résulte de plusieurs facteurs. En premier lieu, elle tient au poids inégal pris par l'emploi salarié privé lorsque l'on répartit la population par dixième de niveau de vie : les ménages aisés comptent tout à la fois davantage de personnes actives, davantage de personnes effectivement en emploi parmi les personnes actives, davantage de personnes salariées du secteur privé parmi les personnes en emploi et enfin davantage de personnes ouvrants droit d'un contrat d'entreprise parmi les salariés du secteur privé. Ainsi, la participation employeur par personne active n'est plus que 4 fois supérieure dans le dernier dixième que dans le premier. Ce ratio tombe en dessous de 3 concernant la participation employeur par personne en emploi et finit à 1,5 concernant les seuls ouvrants droit d'un contrat de complémentaire santé d'entreprise. Que ce dernier ratio demeure sensiblement supérieur à 1 montre toutefois que la répartition de l'emploi parmi les différents dixièmes de niveau de vie n'est pas la seule explication aux inégalités d'accès aux bénéfices tirés des participations employeurs. Elle tient aussi au fait que les entreprises qui offrent les meilleurs contrats et les taux de participation les plus élevés sont aussi celles dans lesquelles travaillent les salariés les mieux rémunérés.

Tableau 9 • Participation employeur moyenne selon le niveau de vie (en euros)

Dixième de niveau de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ensemble
Part employeur par ouvrant droit de contrat d'entreprise	410	406	403	413	434	453	472	498	544	643	482
Part employeur par salarié du secteur privé	201	261	298	296	324	354	367	392	436	523	363
Part employeur par personne en emploi	116	186	221	218	229	249	250	263	294	316	247
Part employeur par personne active	67	143	187	196	211	231	235	250	282	302	220
Part employeur par ménage	52	115	159	180	210	262	281	309	355	380	229

Lecture > Dans le septième dixième de niveau de vie, les personnes salariées du secteur privé perçoivent en moyenne 367 euros par an de participation employeur, tandis que les personnes actives en perçoivent en moyenne 235 euros par an.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Les aides socio-fiscales à la complémentaire santé d'entreprise et aux indépendants

Au-delà de la participation des employeurs, les contrats d'entreprise bénéficient aussi d'une fiscalité très avantageuse qui n'est pas neutre pour les finances publiques. D'une part, les cotisations patronales et salariales appliquées à la participation de l'employeur à la cotisation de complémentaire santé sont transformées en un forfait social au taux dérogatoire avantageux : 0 % (*ie* exonération) pour les très petites entreprises (TPE) et 8 % pour les autres entreprises, au lieu de 20 % pour le forfait

social usuel¹⁴. D'autre part, la part de la cotisation de complémentaire santé payée par le salarié est retirée de son assiette d'impôt sur le revenu.

Les effets de ces deux types d'aide sont estimés dans le modèle Ines-Omar 2017 grâce à la finesse des données socio-fiscales disponibles dans le modèle Ines. En prenant pour contrefactuel le retour à un forfait social usuel au taux de 20 %, y compris pour les très petites entreprises, et en considérant que les montants versés par les entreprises sont assimilables à un supplément de salaire (ce qui est d'ailleurs cohérent avec le fait que ces montants reçus par les salariés sont imposables à l'IR), il est possible de calculer la part de ce supplément de salaire non imposée au forfait social et de considérer que cette part vient rehausser le revenu disponible du salarié. Nous estimons que le forfait social sur la part employeur au taux dérogatoire de 0 % pour les TPE et de 8 % pour les autres entreprises constitue une dépense fiscale de l'ordre de 590 millions d'euros par an pour les finances publiques. Ce montant serait nettement plus élevé si l'on considérait que la participation employeur doit être imposée comme du salaire. De même, le retrait de la part salariale de l'assiette de l'impôt sur le revenu (IR) constitue une aide publique de l'ordre de 830 millions d'euros par an¹⁵.

La distribution de ces aides socio-fiscales selon le niveau de vie est de fait très inégalitaire (tableau 10). Tout en étant d'un montant presque négligeable pour les 10 % les plus modestes, l'effet du taux dérogatoire de forfait social évolue encore du simple au triple entre le deuxième et le dernier dixième de niveau de vie. En effet cette aide publique est directement proportionnelle à l'ampleur de la participation employeur, laquelle a un profil nettement inégalitaire sur l'échelle des niveaux de vie. Les écarts sont encore plus flagrants concernant l'effet de l'exonération de la part salariale au financement de la complémentaire de l'assiette de l'IR. L'effet de cette aide est pratiquement nul pour les 40 % les plus modestes, tandis que les personnes du dernier dixième de niveau de vie en bénéficient six fois plus que celles du cinquième dixième. Ceci s'explique à nouveau par les montants de participations employeur, mais également et surtout par la nature très progressive de l'impôt sur le revenu, auquel les plus modestes ne sont pas soumis. Ce constat de l'iniquité du montant des aides socio-fiscales consenties interroge, y compris si l'on se restreint au seul champ des actifs en emploi qui en bénéficient, s'agissant de contrats désormais obligatoires dans l'ensemble du secteur privé.

Tableau 10 • Distribution des aides publiques à la couverture complémentaire santé des salariés du secteur privé selon le niveau de vie

Dixième de niveau de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Part des ménages bénéficiaires d'au moins un contrat d'entreprise (en %)	8	22	31	37	41	48	48	50	52	48
Taux dérogatoire de forfait social (en €)	3	9	14	17	20	25	26	29	33	35
Retrait de la part salariale de l'assiette de l'IR (en €)	0	1	3	8	19	31	36	48	61	89

Lecture > 52 % des ménages du neuvième dixième de niveau de vie bénéficient d'au moins un contrat de complémentaire santé d'entreprise. Les ménages de ce dixième, qu'ils aient ou non un contrat d'entreprise, bénéficient en moyenne à hauteur de 33 euros par an du forfait social au taux dérogatoire sur la part employeur de 0 % pour les TPE et de 8 % sur les autres entreprises, et à hauteur de 61 euros par an du retrait de la part salariale de l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Des aides publiques qui s'adressent aussi aux indépendants et dans une moindre mesure aux salariés du secteur public

Les indépendants bénéficient eux aussi d'avantages fiscaux importants dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative de l'entreprise individuelle (loi « Madelin »), leur cotisation à une complémentaire santé étant entièrement déductible de leur assiette de revenu imposable. Le recours au dispositif Madelin est *a priori* très important, près de 80 % des assurés de l'ancien Régime social des indépendants y ayant recours (Bruant-Bisson, Daudé, 2016). Cette aide a pu être

¹⁴ Le forfait social est un taux minimal appliqué aux rémunérations et avantages salariaux exonérés de cotisations de Sécurité sociale mais assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG). Il est lui-même très inférieur au taux de cotisations sociales normalement appliqué au salaire, lequel est de l'ordre de 40 %.

¹⁵ Ce montant est estimé à 1,15 milliard d'euros dans le rapport Bruant-Bisson, Daudé (2016) avec une approche macroéconomique et nécessitant des hypothèses sur les effets de la généralisation de la complémentaire d'entreprise. De même, le rapport estime le montant total d'aides liées au taux dérogatoire de forfait social à 950 millions d'euros par an. Il n'est pas surprenant que nos estimations, basées sur une simulation microéconomique et bénéficiant de la connaissance des effets réels de la généralisation de la complémentaire d'entreprise, aboutissent à des résultats différents.

simulée dans le modèle Ines-Omar 2017 grâce à la finesse des données socio-fiscales du modèle Ines. Elle représenterait un montant total de l'ordre de 410 millions d'euros¹⁶.

Tout comme les aides socio-fiscales ciblant les salariés du secteur privé, celle à destination des indépendants est nettement inégalitaire (tableau 11). En effet, en prenant la forme d'exemptions d'impôt sur le revenu, celle-ci suit la progressivité du barème de l'IR et est donc inégalitaire par nature. Cette aide ne profite ainsi que de façon négligeable aux 80 % les plus modestes, tandis qu'elle relève en moyenne de 90 euros le revenu annuel des ménages du dernier dixième de niveau de vie – plus précisément elle représente un gain moyen près de 700 euros par an pour les 13% de ménages du dernier dixième de niveau de vie qui en bénéficient. Si l'on se restreint au seul champ des individus appartenant à un ménage qui compte un indépendant, le constant est le même.

Tableau 11 • Distribution des aides publiques à la couverture complémentaire santé des indépendants selon le niveau de vie

Dixième de niveau de vie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Part des ménages comptant au moins un indépendant (en %)	11	8	6	6	6	6	6	7	9	18
Part des ménages bénéficiaires des aides aux indépendants (en %)	0	0	0	1	1	2	3	3	6	13
Aide aux indépendants (en €)	1	0	1	2	3	6	9	11	24	90

Lecture > 7 % des ménages du huitième dixième de niveau de vie comptent au moins un indépendant, et 3 % bénéficient des aides publiques à la couverture complémentaire santé des indépendants. Les ménages de ce dixième, qu'ils comptent ou non un membre indépendant, bénéficient en moyenne à hauteur de 11 euros par an des aides à la couverture santé des indépendants.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Enfin, un dernier régime d'aides publiques vise les salariés de la fonction publique, les employeurs publics pouvant participer au financement des garanties de protection sociale complémentaires auxquelles leurs agents souscrivent. Ces aides représentent, en 2017, des montants très faibles : au total 32 millions d'euros par an selon l'Igas (Bruant-Bisson, Daudé, 2016). Toutefois, une réforme destinée à être progressivement mise en œuvre entre 2024 et 2026 vise à offrir à cette population des avantages proches de ceux dont bénéficient déjà les salariés du secteur privé, en participant à hauteur de 50 % au financement de contrats de complémentaire santé collectifs sélectionnés par chaque administration pour ses agents. Au vu des résultats présentés concernant la distribution des aides socio-fiscales bénéficiant aux salariés du secteur privé et aux indépendants, cette nouvelle aide publique risque également d'être inégalitaire. L'équité du dispositif dépendra cependant de ses modalités concrètes, notamment de l'inclusion ou non de la participation employeur dans l'assiette de l'IR, et d'une éventuelle différence de qualité entre les contrats choisis dans chaque versant de la fonction publique.

¹⁶ Ce montant est estimé à 265 millions d'euros dans le rapport Bruant-Bisson, Daudé (2016) avec une approche très différente.

CONCLUSION

Les dispositifs d'aides publiques pour bénéficier d'une complémentaire santé sont de nature diverse et ciblent des populations très différentes. Ce *Dossier de la DREES* s'est attaché à détailler la distribution de chacun de ces dispositifs selon le niveau de vie. Pris ensemble, le montant total d'aides dont bénéficient les ménages pour leur couverture complémentaire santé s'élève à près de 4 milliards d'euros par an (tableau 12). Si les 20 % les plus modestes sont fortement soutenus grâce à la CMU-C et à l'ACS, la prise en compte des aides visant les actifs amène un constat très différent quant à l'équité des aides publiques prises dans leur ensemble (graphique 4). Il apparaît que les ménages des classes moyennes inférieures (dixièmes de niveau de vie de 3 à 5) perçoivent en moyenne moins d'aides que la moitié de la population la plus aisée. De même, les ménages les plus aisés (dernier dixième de niveau de vie) reçoivent au global davantage d'aides publiques pour bénéficier d'une complémentaire santé que les ménages du deuxième dixième de niveau de vie, lesquels bénéficient pourtant fortement de la CMU-C et de l'ACS.

Par ailleurs, la situation favorable des personnes en emploi dans le secteur privé contraste avec celle des personnes retraitées (graphique 5), lesquelles doivent s'acquitter des cotisations de complémentaire santé les plus élevées, tandis qu'aucun dispositif d'aide publique ne leur est spécifiquement dédié. Ayant des revenus trop élevés pour pouvoir bénéficier de la CSS gratuite en raison du minimum vieillesse, les personnes retraitées sont aussi celles pour lesquelles le montant des aides publiques a diminué en passant de l'ACS à la CSS contributive. Les personnes retraitées ayant des revenus immédiatement supérieurs au seuil d'éligibilité à la CSS ne bénéficient quant à elles d'aucune aide pour faire face à des dépenses de santé fortement croissantes avec l'âge, en dehors de l'encadrement de court terme des primes dans le cadre de la portabilité de leur ancien contrat d'entreprise.

Tableau 12 • Montants annuels d'aides publiques à la complémentaire santé et parts de ménages bénéficiaires en 2017

Dispositif d'aide publique	Montant total (en milliards d'euros)	Part de ménages bénéficiaires (en %)
CMU-C	1,70	10
ACS	0,36	3
Taux réduit de forfait social	0,59	35
Abattement d'IR	0,83	23
Aides aux indépendants	0,41	3

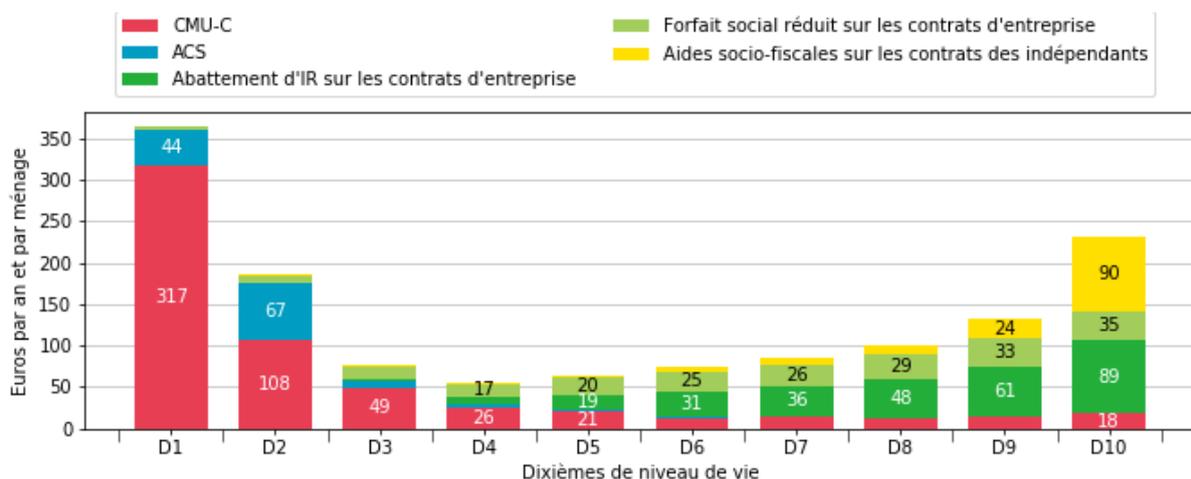
Note > Les coûts totaux de la CMU-C et de l'ACS estimés par le modèle Ines-Omar 2017 diffèrent de ceux présentés dans le rapport d'activité du Fonds CMU pour 2017 en raison de différences dans la structure d'âge et le nombre total de bénéficiaires identifiés.

Lecture > Les aides publiques à la couverture complémentaire santé des indépendants représentent un total de 0,41 milliard d'euros par an, et bénéficient à 3 % des ménages.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Graphique 4 • Distribution de l'ensemble des aides à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie

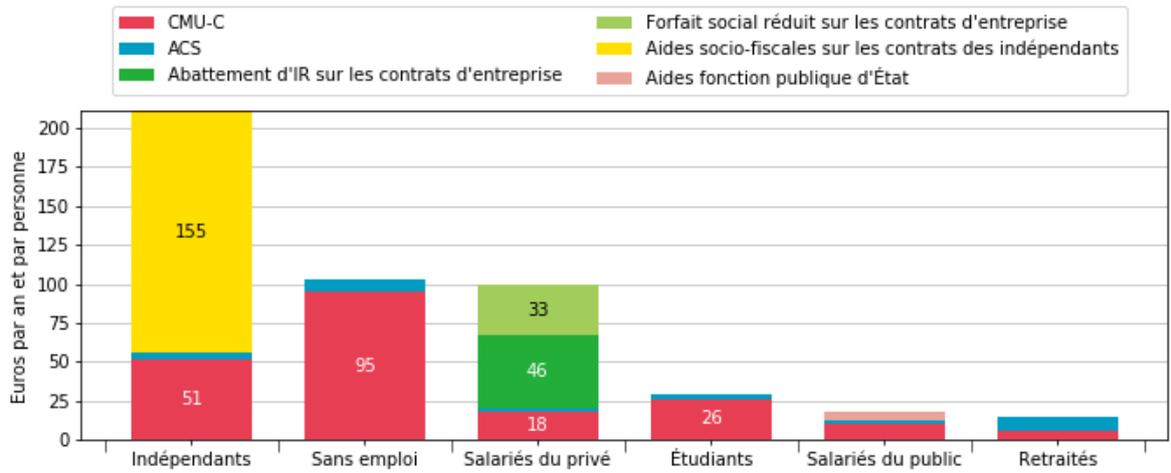


Lecture > Les ménages du sixième dixième de niveau de vie reçoivent en moyenne 31 euros par an d'aide publique sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé, et 25 euros par an sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.

Champ > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Graphique 5 • Distribution de l'ensemble des aides à la complémentaire santé selon le statut d'occupation



Lecture > L'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la part salariale de la cotisation de complémentaire santé bénéficie en moyenne aux salariés du secteur privé à hauteur de 46 euros par an, et le taux réduit de forfait social sur la part employeur à hauteur de 33 euros par an.

Champ > Ensemble des adultes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

- Adjerad, R., Courtejoie, N. (2020, novembre). [Pour 1 % des patients, le reste à charge après Assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros](#). DREES, *Études et résultats*, 1171.
- Barlet, M., et al. (dir.), Lapinte, A., Pollak, C. (coord.) (2019, avril). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties](#). DREES, *Panoramas de la DREES-Santé*.
- Bozio, A., Garbinti, B., Goupille-Lebret, J., Guillot, M., Piketty, T. (2018, septembre). [Inequality and Redistribution in France, 1990-2018: Evidence from Post-Tax Distributional National Accounts](#). WID, *Working paper series*, 2018/10.
- Bruant-Bisson, A., Daudé, M. (2016, avril). [Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé](#). Igas, *Rapports publics*, 2015-143R.
- Chareyron, S., L'Horty, Y., Petit, P. (2019, octobre). [Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité sociale : tests dans trois spécialités médicales en France](#). Défenseur des droits, *Études & Résultats*.
- Coli, A., Istatkov, R., Jayyousi, H., Oehler, F., Tsigkas, O. (2022, mai), [Distributional national account estimates for household income and consumption: methodological issues and experimental results](#). Eurostat, *Manuals and guidelines*.
- De Williencourt, C. (2021), [Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#). DREES.
- Fouquet, M. (2020, octobre). [Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire d'entreprise](#). DREES, *Études et résultats*, 1166.
- Fouquet, M. (2021, décembre). [Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- Fouquet, M., Pollak, C. (2022, février). [L'assurance maladie publique augmente de 40 % le niveau de vie des 10 % des ménages les plus modestes](#). DREES, *Études et résultats*, 1220.
- Germain, J.-M., André, M., Blanchet, T., et al. (2021, février). [Rapport du groupe d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution](#). Insee, *Insee Méthodes*, 138.
- Guillaud, E., Olckers, M., Zemmour, M. (2019, janvier). [Four levels of redistribution: the impact of tax and transfer systems on inequality reduction](#). *Review of Income and Wealth*, 2020/2: 444-466.
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C., Shmueli, A. (2016). [À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ?](#) *Revue française d'économie*, 2016/4, vol. XXXI : 15-62.
- Loiseau, R. (2020, février). [Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018](#). DREES, *Études et résultats*, 1142.
- Marical, F. (2007, novembre). [En quoi la prise en compte des transferts liés à la santé modifie-t-elle l'appréciation du niveau de vie ?](#). Insee, *France, Portrait Social*, Édition 2007.
- Pierre, A. (2022, mai). [L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019](#). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 268.
- Perronnin, M. (2019, novembre). [L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017](#). Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 572.
- Salgado, S., Privat, A.-G. (2021). [La tarification en fonction de l'âge au sein de l'Assurance maladie complémentaire – Quelles difficultés d'accès cela génère-t-il ?](#) *Regards*, 2021/1, 59, p. 125-138.
- Sireyjol, A. (2016, octobre). [La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes](#). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 7.

Annexe 1. Contrefactuels de distribution des primes et prestations de complémentaire santé

Les analyses menées sur la distribution des primes nettes hors taxes et des remboursements de complémentaire santé selon le niveau de vie se basent sur les tableaux complémentaires ci-dessous (tableau A1 et tableau A2).

La situation de référence correspond à celle où tous les individus s'acquitteraient du même montant de primes nettes par UC (respectivement percevraient le même montant de remboursements AMC par UC), indépendamment de leur âge, de leur niveau de couverture complémentaire, de leur état de santé ou de leur niveau de vie. Le montant est donc la moyenne par an et par UC dans l'ensemble de la population, y compris les personnes non couvertes par une complémentaire santé.

L'effet âge permet, en l'additionnant à la ligne de référence, de passer à un contrefactuel dans lequel les individus s'acquittent du montant moyen de primes nettes par UC (respectivement perçoivent le montant moyen de remboursements AMC) de leur classe d'âge (par tranches de cinq ans), indépendamment de leur niveau de couverture complémentaire, de leur état de santé ou de leur niveau de vie.

L'effet couverture à âge donné permet, en l'additionnant aux lignes de référence et d'effet âge, de passer à un contrefactuel dans lequel les individus s'acquittent du montant moyen de primes nettes par UC (respectivement perçoivent le montant moyen de remboursements AMC) des individus de leur classe d'âge ayant le même type de couverture complémentaire santé : contrat d'entreprise, contrat individuel ou absence de contrat privé (non couverts ou bénéficiaires de la CMU-C), indépendamment de la qualité de cette couverture, de leur état de santé déclaré ou de leur niveau de vie.

Tableau A1 • Décomposition des effets expliquant les écarts de primes nettes hors taxes de complémentaire santé selon le niveau de vie (en euros)

Dixième de niveau de vie	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Observé	204	401	452	496	531	549	589	628	684	786
Référence	532	532	532	532	532	532	532	532	532	532
Effet âge	-52	-12	-1	+8	+8	+0	+2	+8	+15	+22
Effet couverture à âge donné	-125	-21	+2	+11	+18	+21	+23	+24	+23	+22
Effet qualité du contrat à couverture et âge donnés	-32	-46	-1	+5	+6	+9	+10	+14	+15	+18
Effet état de santé à niveau de couverture et âge donnés	-4	-3	-2	-2	+0	+0	+1	+2	+1	+6
Total contrefactuel	317	448	529	556	566	562	571	582	588	603
Reste inexpliqué	-112	-46	-76	-60	-34	-12	+18	+45	+96	+183

Lecture > Les individus du dixième dixième de niveau de vie ont en moyenne une prime nette hors taxe de complémentaire santé de 786 euros par an et par UC. L'effet de la qualité de contrat moyenne parmi les personnes couvertes et à âge donné induit une hausse de 18 euros par an et par UC de la prime pour ce dixième.

Champ > Personnes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

L'effet qualité du contrat à couverture et âge donnés permet, en l'additionnant aux lignes précédentes, de passer à un contrefactuel dans lequel les individus s'acquittent du montant moyen de primes nettes par UC (respectivement perçoivent le montant moyen de remboursements AMC) des individus de leur classe d'âge ayant le même type de couverture complémentaire santé et le même niveau de couverture le cas échéant (divisé en trois catégories de scores tels que définies par la DREES dans Loiseau, 2020), indépendamment de leur état de santé déclaré ou de leur niveau de vie.

L'effet état de santé à niveau de couverture et âge donnés permet, en l'additionnant aux lignes précédentes, de passer à un contrefactuel dans lequel les individus s'acquittent du montant moyen de primes nettes par UC (respectivement perçoivent le montant moyen de remboursements AMC) des individus de leur classe d'âge ayant le même type de couverture complémentaire santé, le même niveau de couverture le cas échéant et le même état de santé (déclaré selon trois modalités), indépendamment de leur niveau de vie.

Une fois pris en compte l'ensemble des effets estimés, une partie résiduelle des écarts de primes nettes (respectivement de remboursements AMC) entre dixièmes de niveau de vie demeure inexpliquée. Cette part inexpliquée inclut les imprécisions liées à l'échantillonnage des données d'enquête mobilisées, mais également l'existence de tarifications différenciées selon le

revenu dans certains contrats de complémentaire santé, de sorte qu'elle s'avère être fortement croissante avec le niveau de vie en ce qui concerne les primes nettes. Côté remboursements elle peut inclure des différences dans la consommation de soins et dans la structure de ces consommations indépendamment de l'âge, du niveau de couverture et de l'état de santé. En particulier les populations modestes ont tendance à recourir à des soins mieux remboursés par l'AMO et laissant donc moins de restes à charge à faire rembourser par la complémentaire santé (Fouquet, Pollak, 2022).

Tableau A2 • Décomposition des effets expliquant les écarts de remboursements de complémentaire santé selon le niveau de vie (en euros).

Dixième de niveau de vie	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
Observé	254	463	540	579	536	571	568	610	642	651
Référence	541	541	541	541	541	541	541	541	541	541
Effet âge	-48	-4	+5	+12	+9	-1	+0	+2	+8	+16
Effet couverture à âge donné	-120	-20	+2	+11	+17	+20	+22	+22	+21	+21
Effet qualité du contrat à couverture et âge donnés	-29	-45	+0	+5	+7	+8	+10	+12	+13	+15
Effet état de santé à niveau de couverture et âge donnés	-1	+7	+5	+2	+0	+1	-4	-4	+0	-7
Total contrefactuel	342	479	555	574	577	570	570	574	586	588
Reste inexpliqué	-87	-15	-15	+5	-41	+0	-1	+35	+56	+63

Lecture > Les individus du quatrième dixième de niveau de vie perçoivent en moyenne 579 euros par an et par UC de remboursements de complémentaire santé. L'effet de la proportion de la population couverte à âge donné induit une hausse de 12 euros par an et par UC des remboursements moyens perçus par ce dixième.

Champ > Personnes membres d'un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Ines-Omar 2017.

Les dossiers de la DREES

N° 101 • septembre 2022

Impact des assurances complémentaires santé
et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les
inégalités de niveau de vie

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

ISSN

2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
