

Note du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adoptée à l'unanimité lors de sa séance du 24 janvier 2013

Les principes de solidarité de l'assurance maladie

Le HCAAM a engagé dès 2004 une réflexion sur les principes de solidarité de l'assurance maladie (en matière de prestations en nature), qu'il a poursuivie jusqu'à cette année 2012. Ces travaux se sont traduits récemment dans l'avis de janvier 2011 sur « *L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?* », le rapport annuel de la même année et l'avis du 22 mars 2012 « *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM* ».

La présente note est essentiellement une reprise de ces publications, complétées par les deux avis de 2005 (février et octobre) sur la protection sociale complémentaire et par les observations des rapports annuels de 2006 et 2008. Elle est illustrée en outre par des données factuelles.

Les principes de solidarité relatifs aux prestations en espèces de l'assurance maladie ainsi qu'à l'invalidité ne seront pas analysés ici. Ces thèmes ont fait l'objet de travaux du HCAAM en février et en juillet 2008. En soulignant l'inégalité de la protection selon les situations professionnelles, le Haut conseil a mis l'accent sur la nécessité de travaux complémentaires pour approfondir l'analyse des situations et émettre des préconisations documentées.

Cette note, consacrée aux principes de solidarité, ne traite pas de l'architecture du système actuel caractérisée par la coexistence de financements provenant des assurances obligatoire et complémentaire ainsi que des ménages. Elle n'aborde pas non plus sa complexité, ses coûts, les voies d'amélioration et notamment la recherche d'une meilleure cohérence, sur lesquels le HCAAM s'est déjà exprimé et sur lesquels il reviendra.

*

* *

Du principe constitutionnel de la protection de la santé à sa mise en œuvre : l'égal accès aux soins pour tous

Comme le note le HCAAM dans son rapport de janvier 2011 (pp. 67 et suivantes), le droit à la protection de la santé est un objectif constitutionnel reconnu de longue date par le Conseil constitutionnel, qui se fonde sur le 11^{ème} alinéa du préambule de la Constitution de 1946 : « *La Nation garantit à tous, et notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

Il s'agit d'une garantie de la protection de la santé pour tous, c'est-à-dire quelles que soient les caractéristiques des personnes, leur âge, leur niveau de revenu ou d'éducation, leur lieu de résidence sur le territoire.

Cette garantie de la protection de la santé implique un égal accès aux soins qui nécessite à son tour que les soins soient accessibles financièrement : afin de suivre l'atteinte de cet objectif essentiel, dans lequel les procédures de remboursement (tiers-payant) jouent également un rôle, le HCAAM a adopté en 2011 des indicateurs d'accessibilité financière du système de soins.

Mais l'accessibilité des soins n'est à l'évidence pas une question uniquement financière. Le HCAAM a insisté sur l'importance d'un recours efficient au système de soins par l'organisation :

- d'une répartition adaptée des soins sur l'ensemble du territoire, évitant des délais d'attente excessifs,
- d'un parcours adéquat pour les malades, en particulier les personnes âgées,
- d'un haut niveau de qualité.

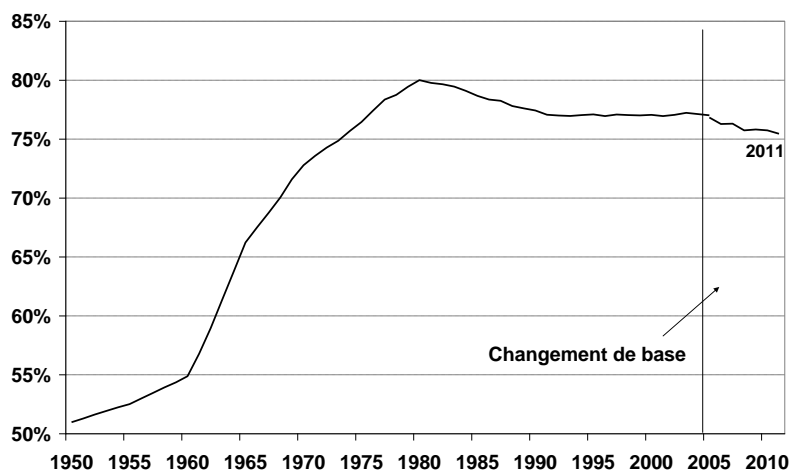
En outre, l'égal accès aux soins n'est pas à lui seul suffisant pour garantir la protection de la santé. Cette dernière comporte également une dimension de santé publique qui peut servir de fondement à des obligations (dépistage, vaccinations par exemple). Elle dépend aussi d'autres politiques publiques susceptibles tout à la fois d'améliorer l'état de santé de la population mais aussi de lever les difficultés pratiques, culturelles ou sociologiques d'accès aux soins : il en est ainsi de l'éducation, du logement, des conditions de travail, de l'environnement etc.

La présente note évoquera le seul accès financier aux soins.

Le système de couverture maladie, chargé d'assurer l'accès financier aux soins, est organisé en deux niveaux, aux principes de solidarité différents : d'une part celui des régimes de base, obligatoire et le plus puissant en termes de prise en charge, d'autre part celui des régimes complémentaires, largement diffusé à défaut d'être obligatoire. Des dispositifs ont progressivement été mis en place, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS), pour élargir la couverture complémentaire aux personnes ayant de bas revenus.

Après une période de montée en charge depuis la création de la Sécurité sociale jusqu'au début des années 1980, la part des dépenses prises en charge par les régimes de base s'est légèrement réduite. En contrepartie, la part des régimes complémentaires et celle des ménages se sont accrues.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM



Source : DREES, comptes de la santé 2011

En 2011, les régimes de base financent 75,5 % des dépenses de soins (CSBM : consommation de soins et biens médicaux), la CMU-C et l'ACS 1% environ, les organismes complémentaires (hors CMU-C et ACS) 13,7 % : les ménages prennent en charge directement le solde, soit 9,6 %.

Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2010	2011
Sécurité sociale	76,8%	75,8 %	75,5 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,2 %	1,2 %
Organismes complémentaires	13,0%	13,5 %	13,7 %
Ménages	9,0%	9,6 %	9,6 %

Source : DREES, comptes de la santé 2011

I Dans les régimes de base, l'accessibilité financière doit être atteinte par un mécanisme de solidarité entre bien portants et malades

Comme l'indiquait le HCAAM dès son premier rapport (2004) et depuis lors à plusieurs reprises, « *le principe sur lequel repose, en France, l'assurance maladie, consiste à garantir l'égalité d'accessibilité financière des soins par le moyen prioritaire d'une solidarité entre bien portants et malades* » (avis du 27 janvier 2011 « sur l'accessibilité financière des soins : comment la mesurer »).

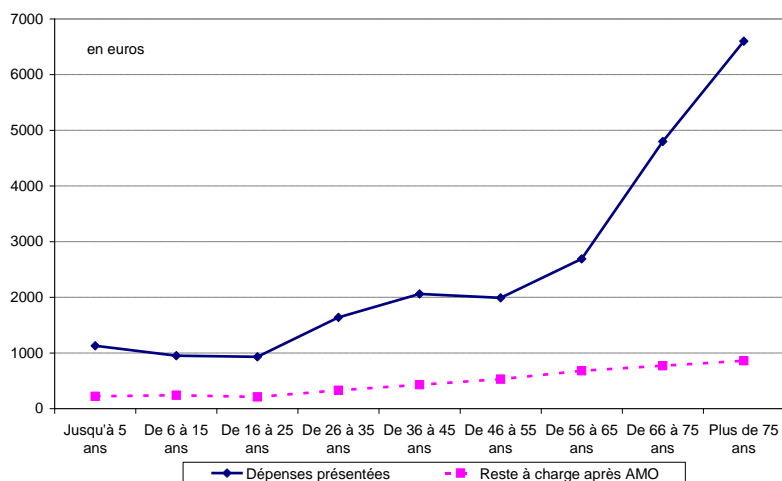
Le principe de solidarité entre bien portants et malades est mis en œuvre par une accessibilité financière des prestations en nature, financées elles mêmes par des recettes obligatoires.

- **Des prestations versées exclusivement en fonction du coût du traitement de la maladie, indépendamment du niveau de revenu de l'assuré.** Il s'agit d'aider les malades parce qu'ils sont malades et pour couvrir leurs frais de soins et non d'aider ceux des malades qui ne parviennent pas à couvrir leurs frais.
 - Des prestations universelles ...

Ces prestations en nature sont **universelles** en cela qu'elles couvrent l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie et sont versées en fonction des frais entraînés par la maladie, indépendamment du revenu de la personne. Elles mettent en jeu une solidarité « horizontale » entre les assurés.

Le graphique suivant met en évidence cette solidarité entre bien portants et malades. Les personnes âgées, qui sont plus malades que les autres, ont des dépenses présentées à l'assurance maladie obligatoire beaucoup plus importantes que les personnes plus jeunes. Après remboursement de la part de l'assurance maladie obligatoire, ce qui reste à leur charge, même s'il reste supérieur au reste à charge (RAC) des autres tranches d'âge, est très fortement réduit.

Dépense présentée au remboursement et RAC après AMO des ménages par tranches d'âge 2008



Source : DREES, Comptes de la santé, 2010, microsimulation
Rapport annuel du HCAAM de 2011

Si les remboursements de soins ne sont pas par principe liés aux revenus des assurés, ils sont de fait légèrement plus élevés pour les ménages modestes, principalement parce que leur état de santé est plus dégradé¹ ainsi que le montrent les rapports annuels du HCAAM pour 2011 et 2012.

L'extension du champ des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire a été progressive pour couvrir, après les salariés, l'ensemble des catégories professionnelles (exploitants agricoles -1961-, travailleurs indépendants non agricoles -1966-) ou des situations familiales ou professionnelles (ayants droits notamment en cas de divorce, chômeurs). Après l'assurance personnelle (1978), la couverture maladie universelle (1999) a enfin visé une protection universelle contre le risque maladie pour les résidents français et les étrangers en situation régulière. Fin 2011, elle concernait 2,2 millions de personnes.

- Mais qui ne couvrent pas toute la dépense de soins.

Dire que la solidarité entre les biens portants et les malades porte sur les frais occasionnés par la maladie pourrait laisser penser que les soins doivent être gratuits. Or ce n'est pas le cas et cela ne l'a jamais été.

Ce point est fondamental : la solidarité de l'assurance maladie obligatoire entre bien portants et malades est une solidarité face aux frais de la maladie pour que ceux-ci ne soient pas un obstacle à se soigner. Elle peut donc s'accompagner d'un certain niveau de frais tant qu'ils ne sont pas à l'origine d'un renoncement à des soins nécessaires (avis de janvier 2011). Le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire ne doit pas être trop élevé pour certaines personnes, notamment celles ayant de bas revenus.

¹ Les hommes ouvriers ont 3,3 fois plus de risque de déclarer une santé altérée que les hommes cadres. Ce risque relatif est 4,4 pour les femmes (InVS-BEH du 8 mars 2011).

C'est pourquoi le système de solidarité entre bien portants et malades est complété, depuis l'origine, par une mutualisation assurantielle, dont les règles sont distinctes. Des systèmes de prise en charge en faveur des bas revenus, financés par les prélèvements obligatoires, ont cherché à lever les difficultés d'accès à cette couverture complémentaire (cf. infra II).

- **Des prélèvements obligatoires recouverts indépendamment de l'état de santé des assurés.**

Il s'agit d'une exigence « négative » puisqu'elle indique (uniquement) ce qu'il faut éviter. Elle entraîne que des personnes à faible risque financent des soins prodigués à des personnes à fort risque. C'est pourquoi l'assurance maladie de base, fondée sur la solidarité entre bien portants et malades, doit être obligatoire.

En vertu du principe général du financement des politiques publiques, qui découle de la règle constitutionnelle de l'égalité devant les charges publiques (article 13 de la déclaration de 1789, chacun doit contribuer aux charges publiques en fonction de ses « facultés »), les ressources du système sont globalement modulées en fonction du revenu. Ce système instaure une solidarité « verticale » entre les assurés disposant de hauts revenus et ceux ayant de faibles revenus.

L'extension du champ des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire et la croissance des dépenses ont conduit à élargir progressivement son mode de financement.

Les prélèvements obligatoires opérés au bénéfice de l'assurance maladie obligatoire, établis primitivement sur des cotisations sociales plafonnées dans la logique de régimes professionnels, ont été étendus (déplafonnement des cotisations sociales patronales achevé en 1984) et diversifiés : affectation d'une partie de la CSG² et de recettes fiscales (impôts et taxes³).

Taux effectifs en % du salaire brut dans les entreprises de plus de 20 salariés

	1980	2012
Cotisations sociales patronales		
·plafonnées	8,95	-
·déplafonnées	4,50	12,80
Cotisations sociales salariées		
Déplafonnées	5,50	0,75
CSG	-	7,37
CRDS	-	0,49

Source : DSS pour le HCFiPS

² La CSG a une assiette est plus large que celle des cotisations sociales et se substitue en 1998 à la majeure partie des cotisations sociales salariés.

³ Notamment, droits de consommation sur les tabacs et alcools, contribution sur les publicités pharmaceutiques en 1982-1983, taxe spécifique sur les jeux en 1997, contribution sur le chiffre d'affaires de certains laboratoires créée en 1999 et élargie en 2004, contribution additionnelle à la C3S en 2004, diverses affectations de la TVA (sur les grossistes en produits pharmaceutiques, les fournisseurs de tabac en 2006-2007, les producteurs d'alcool et les producteurs de biens médicaux...), contribution sociale sur les bénéfiques, fraction de la taxe sur les véhicules de société en 2008.

Aujourd'hui, les ressources des régimes de base sont essentiellement de trois types⁴ :

- les cotisations sociales (79 Mds € soit 46% en 2011),
- la contribution sociale généralisée (61 Mds € soit 35 % y compris CRDS),
- les impôts et taxes (24 Mds € soit 14 %).

Compte tenu des allègements de charge sur les bas salaires et des taux de CSG différenciés selon la nature du revenu, le financement de l'assurance maladie obligatoire est progressif : son poids dans le revenu disponible des ménages augmente avec leur niveau de vie.

Au total, le mécanisme de solidarité des régimes obligatoires d'assurance maladie a pour **objet** d'installer entre les assurés une solidarité horizontale entre bien portants et malades qui va avoir, par le jeu des prélèvements assis sur les revenus, des **effets** de solidarité verticale, entre hauts et bas revenus. Selon la DREES⁵, l'assurance maladie obligatoire permet de diminuer les inégalités de niveau de vie de près de 19 % (quatre cinquièmes proviennent du mode de financement et un cinquième des prestations). Ce double effet de redistribution peut être résumé par l'expression « *De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* ».

Cependant, les ressources de l'assurance maladie ne suffisent pas à financer l'ensemble des prestations : la branche maladie est en déficit depuis la fin des années 1980. La dette ainsi accumulée correspond à un report sur les générations futures. Le HCAAM s'est toujours prononcé pour une gestion à l'équilibre des recettes et des dépenses de l'assurance maladie. Il considère que « *c'est une question de bonne gestion, mais aussi une question de sens de notre projet commun de solidarité : ce sont les bien portants d'aujourd'hui qui doivent être solidaires des malades d'aujourd'hui* » (avis du 22 mars 2012).

II L'assurance maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) introduisent de façon subsidiaire un mécanisme de solidarité publique entre hauts et bas revenus

La solidarité publique entre hauts et bas revenus est assurée par plusieurs dispositifs : au-delà de l'action sanitaire et sociale des branches maladie des différents régimes et de l'aide médicale de l'Etat, la CMU-C et l'ACS, créées plus récemment, sont les plus importants. Le « *progrès caractérisé* » représenté par l'accès à une couverture complémentaire pour les plus modestes a été souligné par le HCAAM (avis du 24 janvier 2005).

La CMU-C, créée en 1999, est une assurance maladie complémentaire fournie gratuitement aux personnes ayant de très faibles revenus. Ces revenus, qui ne prennent pas en compte pas les aides au logement, sont sensiblement inférieurs au seuil de pauvreté (pour une personne seule, le plafond de revenu de la CMU-C était en 2010 de 634 € pour un seuil de pauvreté à la même date de 964 €).

La couverture complémentaire offerte par la CMU-C prend en charge le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier ainsi que des forfaits de dépassement pour les lunettes, les

⁴ PLFSS pour 2013.

⁵ Etudes et résultats, DREES, n° 815, octobre 2012. Ce chiffre est à prendre avec précaution, car il découle des choix méthodologiques retenus. Des travaux sont en cours à la DREES, pour évaluer dans quelle mesure d'autres méthodes pourraient conduire à des résultats légèrement différents.

prothèses dentaires, les dispositifs médicaux et les audioprothèses. Les bénéficiaires de la CMU-C sont exonérés de la participation forfaitaire et des franchises médicales.

De plus, les professionnels de santé ont l'obligation de prendre en charge les bénéficiaires de la CMU-C au tarif opposable. En conséquence, leurs dépenses de soins peuvent être prises en charge à 100%, y compris pour l'optique et les prothèses dentaires et auditives.

L'aide à la complémentaire santé (ACS), mise en place en 2005, consiste en une aide financière, pour les personnes dont les revenus sont inférieurs au seuil de la CMU-C augmenté de 35 % (874 € pour une personne seule), au paiement de l'assurance complémentaire qu'ils choisissent. Les contrats doivent néanmoins respecter les règles des contrats « responsables »⁶.

Ces prestations complémentaires sont financées pour l'essentiel par une taxe⁷ à laquelle sont assujettis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé (6,27 % du montant des primes ou cotisations hors taxe). La loi de finances et la LFSS pour 2013 réaffectent au profit du fonds de financement de la couverture maladie universelle complémentaire une fraction du produit des droits de consommation sur les tabacs et du produit de la taxe sur les boissons à sucre ajouté ou contenant des édulcorants.

Ainsi, la protection complémentaire santé des personnes les plus pauvres est financée par ceux qui souscrivent une assurance complémentaire, individuelle ou collective dont les bénéficiaires de l'ACS.

Fin 2011, on comptait 4,4 millions de bénéficiaires de la CMU-C (contre 3,8 millions en janvier 2001). Actuellement, près de 800 000 personnes bénéficient de l'ACS, ce qui est inférieur au potentiel de bénéficiaires estimé.

En 2011, le coût de la CMU-C et de l'ACS est d'environ 2 Mds € contre environ 1 Md € en 2000.

⁶ Les contrats responsables, mis en place par la réforme de l'assurance maladie de 2004, ne doivent pas rembourser les différentes franchises médicales ainsi que les majorations de ticket modérateur et dépassements appliqués pour cause de non respect du parcours de soin. Ils prennent en charge le ticket modérateur pour les soins du médecin traitant ou correspondant et une fraction du ticket modérateur pour les médicaments remboursés à 65 % et les actes de biologie. Les contrats responsables supportent une taxe de 7 % contre 9 % pour les autres contrats.

⁷ La taxe a succédé en 2011 à une contribution mise en place en 1999 assise sur le chiffre d'affaires santé dont le taux a été relevé à plusieurs reprises.

III L'assurance maladie complémentaire assure une mutualisation partielle du risque

Près de 95 % de la population est couvert par une assurance complémentaire (y compris CMU-C et ACS). Cette part a beaucoup progressé au cours des trente dernières années : elle n'était en effet que de 69 % en 1980. La CMU-C a permis un élargissement sensible de la couverture complémentaire au début des années 2000.

	1980	1990	2000	2010
Part de la population couverte par une assurance complémentaire	69 %	83 %	90,7 %	94,7 %
dont CMU-C	-	-	5,0 %	5,2 %
dont autres couvertures	69 %	83 %	85,7 %	89,5 %

Source IRDES, enquête SPS

Comme l'indique le HCAAM, dans son rapport de janvier 2011, la mutualisation assurancielle, qui introduit une forme de solidarité entre souscripteurs, se fonde sur des règles différentes de celles de l'AMO :

- les prélèvements sont assis sur le risque que présente l'assuré, ainsi que sur le niveau de garantie qu'il souhaite souscrire ;
- les prestations sont fonction du coût du « sinistre », donc du coût objectif de la maladie, et du niveau de garantie souscrit ;
- il existe une liberté de s'assurer, soit au niveau individuel pour l'assurance individuelle, soit au niveau de l'entreprise pour la souscription d'un contrat collectif.

En théorie, sur un marché concurrentiel, la logique de tarification au risque est difficilement contournable. Or elle se distingue radicalement de celle de l'assurance maladie obligatoire. Elle met en place des cotisations forfaitaires ne variant pas avec le revenu (alors que la cotisation des régimes de base est fonction des revenus). Elle prend le plus souvent en compte l'âge (à la différence des régimes de base). Elle varie avec le nombre de personnes protégées (alors que la cotisation des régimes de base en est indépendante).

La réalité est plus complexe. D'une part, la loi intervient pour réguler le marché des assurances complémentaires. D'autre part, certains contrats de mutuelles, notamment dans la fonction publique (et certains contrats collectifs) tiennent compte du revenu.

Le type de mutualisation le plus fréquent aboutit, tout comme pour l'AMO, à ce que les personnes en bonne santé paient pour les personnes malades (les « non sinistrés » paient pour ceux qui connaissent le « sinistre » de la maladie). Mais, ce mécanisme de « solidarité entre bien portants et malades » ne s'exerce qu'au sein d'une même classe de risque. Le système mutualise *l'aléa dans la survenance* de la maladie, mais n'assure pas de solidarité face à *l'inégalité devant le risque* de maladie. Les assurances complémentaires mettent donc en œuvre une forme de solidarité entre souscripteurs, à niveau de risques donné.

En théorie chacun souscrit en fonction du niveau de risque qu'il perçoit pour lui-même, l'assurance n'étant pas obligatoire : un assuré qui aurait la conviction qu'il paie davantage de

primes que son risque devrait en principe (sélection adverse) résilier son contrat ou le négocier à la baisse ; réciproquement, une personne qui estimerait son risque plus élevé que le montant de la prime devrait s'assurer. Cependant, dans les faits, si la demande de complémentaire santé peut s'expliquer par un arbitrage rationnel, c'est avant tout un choix fortement contraint par le revenu.

Trois types d'opérateurs se partagent le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance (IP). Les contrats complémentaires peuvent être souscrits à titre individuel, ou dans le cadre d'accords d'entreprise, voire de branche.

Les mutuelles couvrent un peu plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire santé. Elles sont davantage présentes sur le marché de l'individuel que sur celui du collectif. Les sociétés d'assurance couvrent le quart des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Elles sont le deuxième acteur sur le marché de l'individuel et le troisième sur celui du collectif. Les institutions de prévoyance, enfin, couvrent 21 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Quasi-absentes du marché de l'individuel, elles sont le premier acteur sur le marché du collectif.

Tous types d'opérateurs confondus, 56 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire font l'objet d'une garantie individuelle et 44 % d'une garantie collective.

TABLEAU 1
Répartition des personnes couvertes par type d'organisme

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	69,8	38,5	55,9
Institutions de prévoyance	3,9	41,4	20,5
Assurances	26,3	20,2	23,6
Total	100,0	100,0	100,0

Lecture • 69,8 % des bénéficiaires d'un contrat individuel sont couverts par une mutuelle.
Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, année 2009.

Au sein des contrats complémentaires, les contrats collectifs assurent un degré élevé de mutualisation au sein de l'entreprise privée ou de la branche⁸. La signature récente de l'accord national interprofessionnel vise à généraliser à l'ensemble des salariés la couverture complémentaire santé : il conviendra d'en évaluer les effets.

La puissance publique intervient pour favoriser l'accès à ces contrats par le biais d'aides fiscales et sociales, comme l'a noté le HCAAM dans ses deux avis de 2005 sur la protection sociale complémentaire (avis de février 2005 puis avis d'octobre 2005). Le coût total estimé de ces aides se situe dans une fourchette allant de près d'un milliard d'euros à environ trois Mds €⁹ selon le périmètre des prélèvements exemptés et les méthodes d'évaluation utilisées.

⁸ Parmi les assurés des contrats collectifs, figurent des salariés modestes qui à défaut bénéficieraient de l'ACS.

⁹ Estimations de la DSS pour la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et de la Cour des Comptes, rapport annuel sur la Sécurité sociale 2011.

De plus, le niveau des cotisations et primes est, toutes choses égales par ailleurs, plus bas que sur le marché des couvertures individuelles pour plusieurs raisons :

- comme les personnes d'âge actif sont globalement en meilleure santé que l'ensemble de la population, la mutualisation au sein des contrats collectifs s'opère au sein d'une population présentant un niveau de risque globalement plus faible que la moyenne.
- l'obligation d'adhésion évite le risque d'anti-sélection.
- le pouvoir de négocier des entreprises (ou de leurs comités d'entreprise) permet de s'assurer pour un coût plus faible.

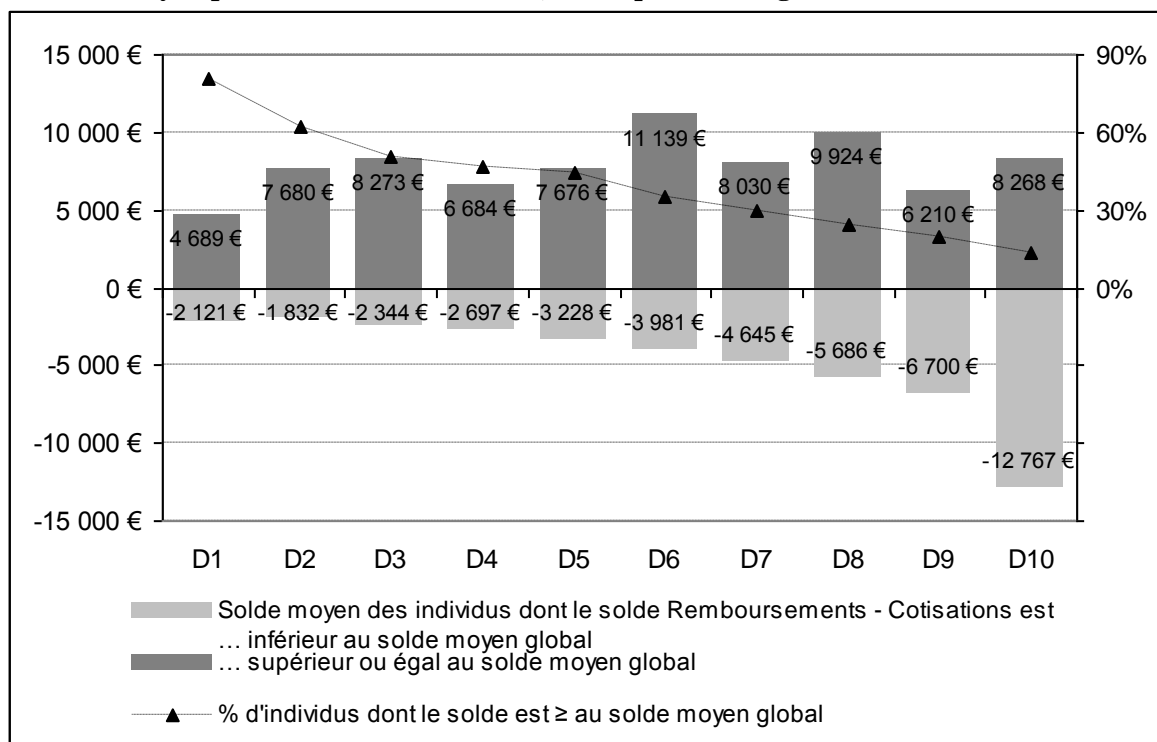
De ce fait, des salariés et leurs familles peuvent accéder à des garanties relativement élevées à un coût relativement modéré.

Dans son avis d'octobre 2005 sur la protection sociale complémentaire, le HCAAM notait que les conditions d'acquisition et la logique des couvertures complémentaires conduisent à des différences sensibles dans le taux d'effort que les ménages doivent assumer pour acquérir une couverture maladie complémentaire. Les ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance (inactifs, fonctionnaires, salariés non couverts, notamment des petites entreprises, et professions indépendantes) supportent des taux d'effort nettement plus élevés. Notamment, le statut au regard de l'emploi devient un déterminant majeur de la couverture maladie.

*
* *

Au total, par les effets combinés de la redistribution de l'AMO et de l'AMC, les ménages les plus pauvres (premier décile de niveau de vie) perçoivent des prestations des assurances obligatoires et complémentaires supérieures à leurs versements. C'est l'inverse pour les ménages les plus aisés (dernier décile de niveau de vie) : leurs versements aux assurances obligatoires et complémentaires sont en moyenne supérieurs aux prestations qu'ils reçoivent. Toutefois, ce constat recouvre des situations variables : environ 20 % des ménages les plus pauvres ont des versements aux assurances obligatoires et complémentaires supérieurs aux prestations qu'ils reçoivent car ils sont peu malades ; 15 % des ménages les plus riches perçoivent davantage de prestations qu'ils ne paient de prélèvements, en raison du coût de leur maladie. Ces cas illustrent l'application du principe de solidarité entre bien-portants et malades.

Solde moyen par décile de niveau de vie, selon que le ménage est « bénéficiaire » ou non



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008, Rapport annuel du HCAAM 2011

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note de lecture : le solde présenté ici est la différence entre les remboursements AMO et AMC et les cotisations AMO et AMC. Le solde moyen global calculé sur l'ensemble des ménages vaut -326€. Nous appelons « bénéficiaires » les ménages dont le solde est supérieur à ce solde moyen. Ainsi, 81% des ménages du 1^{er} décile de niveau de vie perçoivent des prestations AMO et AMC supérieures à leurs cotisations AMO et AMC (ou au moins inférieures de moins de 326€ à leurs cotisations) : leur solde moyen est de 4689€. Seuls 20% des ménages de ce même décile versent des cotisations annuelles supérieures aux prestations qu'ils reçoivent de plus de 326€ : leur solde moyen s'établit à -2121€.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

L'assurance maladie obligatoire joue un rôle redistributif important entre les hauts et les bas revenus, du fait essentiellement de son mode de financement. L'assurance maladie complémentaire, qui contribue à l'accès aux soins, a très peu d'impact sur la réduction des inégalités de niveau de vie selon l'étude déjà citée de la DREES et ces effets transitent uniquement par la CMU-C et l'ACS.