



**LA PARTICIPATION DES PATIENTS AUX DÉPENSES DE SANTÉ
DANS CINQ PAYS EUROPÉENS**

DOCUMENT DE TRAVAIL

SEPTEMBRE 2007

Mission Études et Recherche

ÉQUIPE

Ce travail a été réalisé par Sandrine Chambaretaud et Laurence Hartmann, sous la direction du Dr Olivier Obrecht.

Le suivi documentaire a été effectué par Emmanuelle Blondet, avec l'aide de Julie Mokhbi, sous la direction de Frédérique Pagès.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	4
RÉSUMÉ OPÉRATIONNEL	5
1. INTRODUCTION	10
2. DONNÉES DE CADRAGE	12
2.1 – Le financement des dépenses de santé	12
2.2 – La gestion du panier de soins remboursables	16
3. LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS	19
3.1 – Les mécanismes de participation financière de la demande	19
3.2 – Les autres outils financiers de sensibilisation des patients au coût de leur consommation : les « bonus »	23
3.3 – Les mécanismes de protection	26
3.3.1 – Les dispositifs en faveur des patients atteints de maladie chronique	27
3.3.2 – Les autres exonérations et allègements	28
3.3.3 – Les mesures générales visant à limiter la charge financière	29
3.4 – La réassurabilité du reste à charge et le rôle de l’assurance maladie privée	32
4. ÉLÉMENTS D’ÉVALUATION DU PARTAGE DU COÛT	34
4.1 – La participation financière de la demande dans le domaine de la santé : les principaux enseignements de la littérature	34
4.2 – Éléments d’appréciation des dispositifs de participation financière de la demande dans les pays étudiés	36
4.2.1 – Ces dispositifs permettent-ils de modérer la croissance des dépenses de santé ?	36
4.2.2 – Ces dispositifs permettent-ils d’orienter cette demande vers les soins plus efficaces ?	37
4.2.3 – Les règles déterminant le reste à charge sont-elles équitables ?	38
5. QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE CES COMPARAISONS INTERNATIONALES ?	41

AVANT-PROPOS

La Haute Autorité de santé a été chargée de définir pour chaque maladie inscrite dans la liste des affections de longue durée (ALD) les conditions médicales ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur pour les soins en rapport avec l'affection considérée : ce sont les critères médicaux d'admission.

La définition légale des ALD précise qu'il s'agit d'affections « comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ». Cela implique, notamment, que ni la gravité ni le pronostic ne doivent être pris en considération. De plus, depuis 1986 (date de suppression de la base réglementaire fixant le seuil de dépenses au-delà duquel pouvait se déclencher le dispositif d'exonération), la notion de *particulièrement coûteux* n'est plus définie, alors même que le coût particulièrement élevé des soins est la principale justification pour les affections hors liste (appelées 31^e et 32^e maladies) dès lors que le traitement excède 6 mois continus. L'appréciation est laissée aux services médicaux des caisses d'assurance maladie (sans barème).

Dans ce contexte, il a semblé opportun à la HAS de se pencher sur les expériences étrangères en termes de participation financière des patients et d'analyser les mécanismes d'exonération (et leur philosophie) qui ont été, le cas échéant, institués.

Pour cette étude, nous avons retenu cinq pays européens qui, tout en étant relativement comparables à la France en termes de développement du système de santé, présentent des caractéristiques particulières au regard des mécanismes de participation financière et de protection des patients. Le choix des pays – Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Suède et Suisse – a été dicté par un triple souci :

- un souci de représentativité avec des pays largement bismarckiens (Allemagne et Belgique), des pays dans lesquels tout ou partie de l'assurance maladie obligatoire est gérée par des assureurs privés (Pays-Bas et Suisse) et, enfin, un système national de santé décentralisé (Suède) ;
- un souci de proximité en termes de résultats sanitaires, d'accès aux soins, de population couverte et d'étendue de la couverture publique ;
- un souci de disponibilité des données.

RÉSUMÉ OPÉRATIONNEL

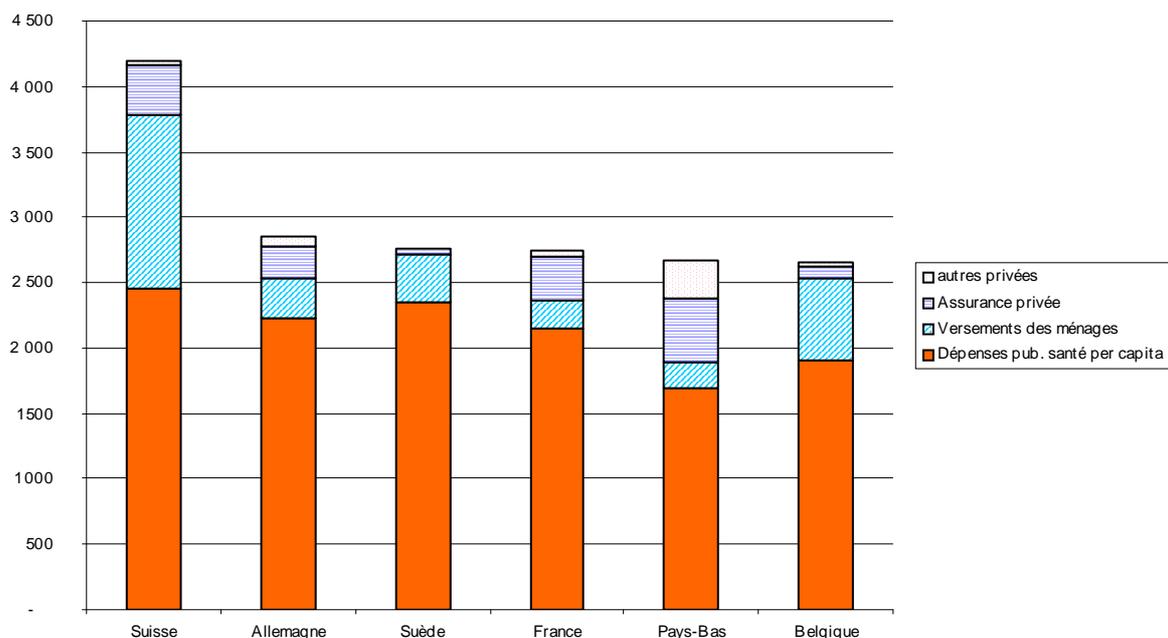
Ce rapport propose une analyse des mécanismes de participation financière aux dépenses de santé des patients dans cinq pays européens : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse.

L'organisation générale du système de santé est très différente selon les pays :

- des systèmes largement bismarckiens en Allemagne et en Belgique ;
- des systèmes dans lesquels tout ou partie de l'assurance maladie obligatoire est gérée par des assureurs privés aux Pays-Bas et en Suisse ;
- un système national de santé décentralisé en Suède.

De plus, les sources de financement des dépenses de santé sont aussi relativement différentes selon les pays : par exemple, en Belgique les dépenses privées de santé annuelles des ménages s'élèvent à 631 euros par tête contre 211 euros par tête pour les Pays-Bas.

Dépenses de santé par tête (euros)



Source : Éco-Santé OCDE, 2006

Ces cinq systèmes ont toutefois pour point commun d'offrir à la population un accès relativement large aux soins et aux produits de santé : le « panier de soins » est comparable dans ces pays. Les différences observées en termes de répartition des dépenses entre acteurs ne traduisent donc pas un désengagement du secteur public (au sens large) pour certains types de biens et services mais des différences en termes de participation financière des patients.

1. Le recours aux dépenses privées des ménages pour financer les soins est généralisé dans les pays étudiés.

Dans les cinq pays étudiés, une participation financière des patients a été instaurée (plus ou moins récemment). Cette participation prend quatre formes principales :

le copaiement : le patient paie un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel (par exemple, 5 euros par consultation) ;

la franchise (« deductibles ») : le mécanisme de couverture des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses *cumulées* des patients dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises sont le plus souvent définies sur des périodes de 12 mois ;

le ticket modérateur : le patient paie une proportion du coût total, le reste étant à la charge de l'assureur ou du financeur public ;

le tarif de référence : l'assurance ou le financeur public prend en charge un montant fixe, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé.

Les mécanismes de participation financière

	Soins hospitaliers	Consultations généralistes	Consultations spécialistes	Médicaments	Franchise Tous biens et services
Allemagne	Copaiement : 10 € par jour	10 € par trimestre	0 si adressage par MG	5 € + TM 10 % (jusqu'à 55 €) Prix de référence	Non
Belgique	Copaiement : 28 € à l'admission puis 13 € par jour	TM 30 %	TM 40 %	TM de 0 à 80 %	Non
France	Copaiement : 16€ par jour + TM 20 % si le prix de l'acte est inférieur à 91 € ou copaiement 18 € sinon	TM 30 % + De 1 à 2,5 € par consultation	TM 30 % + De 1 à 2,5 € par consultation	TM de 0 à 85 % Prix de référence	Non
Pays-Bas	0	0	0	Prix de référence	De 0 à 500 €
Suède	Copaiement : 9 € par jour	Copaiement : 11 à 17 €	Copaiement : 22 à 34 €	Franchise 100 € puis TM jusqu'à 478 € de dépenses cumulées	Non
Suisse	Copaiement : 6,2 € par jour	TM 10 %	TM 10 %	TM 10 % ou 20 %	De 187 € à 1 543 €

À l'exception des Pays-Bas où la participation financière des patients est limitée à une franchise annuelle (optionnelle) et à l'application de prix de référence pour les médicaments, la plupart des pays ont recours à des mécanismes de participation différents selon le type de biens ou de services de santé.

2. Lorsque les modalités et le montant de la participation financière des patients sont différenciés en fonction du type de services et de biens, cet instrument modifie la structure de la consommation. Quel instrument ?

Les évaluations disponibles de la participation financière des patients en Allemagne met en évidence un impact sur les parcours de soins. Les patients qui consultent un spécialiste après avis de leur médecin généraliste sont exonérés de franchise et, selon les dernières estimations de l'Association fédérale des médecins, une diminution de 8,7 % du nombre de cas traités a été enregistrée pour l'ensemble de l'année 2004, avec une très forte baisse pour les opticiens, chirurgiens, gynécologues, ORL, dermatologues, orthopédistes et urologues. La moindre réduction de l'activité des médecins généralistes montre que les assurés se rendent en premier lieu chez leur généraliste, et un contact inutile avec un médecin spécialiste est ainsi évité.

Par ailleurs, en Suisse, malgré un reste à charge relativement élevé, on considère que la demande n'est guère limitée et qu'il conviendrait de reconsidérer le schéma actuel de participation aux coûts. Les principales critiques portent sur la structure uniforme de la participation aux coûts alors même que l'élasticité-prix des services, le rapport coût-efficacité et les besoins cliniques sont différents. En conséquence, on attend actuellement des politiques de participation qu'elles orientent la consommation vers les soins les plus appropriés (par exemple, en faveur des services de prévention à efficacité clinique prouvée) et qu'elles découragent les consommations moins souhaitables et plus onéreuses (par exemple, le recours aux princeps quand il existe des génériques).

La Belgique envisage aussi d'avoir recours à ce type de mesure : d'une part, en modulant la participation financière des patients pour l'accès aux urgences hospitalières – un patient adressé par un médecin généraliste ou présentant des critères objectifs de réelle urgence payant un copaiement moins élevé qu'un autre – et, d'autre part, en durcissant les conditions de remboursement de certaines spécialités thérapeutiques telles que les antibiotiques, avec toutefois une responsabilisation en amont par le biais de campagnes d'information des assurés et des prescripteurs.

3. Les dépenses à la charge des ménages au titre de la participation financière de la demande sont plafonnées dans tous ces pays. Ce plafonnement est un élément essentiel de l'évaluation des dispositifs de participation financière de la demande en termes d'équité.

Dans l'ensemble des pays étudiés, il existe des mécanismes de protection des ménages qui permettent de pallier les effets indésirables des politiques de participation financière de la demande (en termes d'équité entre malades et bien portants ou en termes de charge financière entre riches et pauvres).

Des plafonds annuels de dépenses (forfaitaire ou fonction du revenu) existent dans les cinq pays, associés, à part aux Pays-Bas, à des mécanismes ciblés (en fonction de l'âge, de l'état de santé ou pour les femmes enceintes).

Les mécanismes de protection

Pays	Mécanismes de protection ciblés	Mécanismes de protection généraux
Allemagne	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafonds proportionnels au revenu Plafond annuel de dépenses pour les soins hospitaliers
Belgique	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction de l'âge	Plafonds en fonction des revenus
France	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction du statut : femmes enceintes, invalides, accidents du travail, etc.	Néant
Pays-Bas	Néant	Plafond annuel de dépenses
Suède *	En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafond annuel de dépenses
Suisse	En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	- Plafond annuel de dépenses

* Règles nationales.

4. Ce plafonnement a un impact sur le marché de l'assurance maladie volontaire et délimite le champ d'intervention d'une assurance de type complémentaire.

L'existence de mécanismes institutionnels de protection des individus modifie très nettement les risques auxquels sont confrontés ces individus. Dans les cinq pays étudiés, la participation financière des patients¹ est plafonnée, indépendamment des caractéristiques individuelles autres que celles qui sont liées au revenu. Par exemple, tout citoyen suédois est assuré de ne pas avoir, à sa charge, une dépense de santé annuelle supérieure à 522 euros ; en Allemagne, les dépenses privées des ménages affectées à la santé ne peuvent pas dépasser 2 % du revenu annuel des ménages...

L'intervention des assurances maladies de type complémentaire (*i.e.* couvrant le reste à charge) est donc relativement réduite par rapport à la situation prévalant en France. À l'exception de la Belgique, cette intervention est même très limitée dans les pays étudiés :

1. Il faut noter que seule la participation financière des patients est plafonnée. Les dépenses liées à la consommation de biens et services médicaux qui ne sont pas inclus dans le panier de soins ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

elle est interdite en Suisse (en raison de son impact en termes de responsabilisation des patients) ; très marginale en Allemagne et limitée à des services peu couverts comme les prothèses dentaires ; inexistante aux Pays-Bas et en Suède.

Pour autant, il existe un marché pour une assurance privée volontaire dans ces pays, ce marché étant orienté vers une assurance « duplicative », qui donne accès à un circuit totalement privé², ou vers une assurance « supplémentaire », qui offre une garantie pour des biens et services exclus du panier de soins pris en charge par l'assurance obligatoire.

Typologie de l'assurance maladie privée et plafonds du reste à charge

	Plafond annuel de dépenses	Type d'assurance maladie privée	Part des assurances privées dans les dépenses totales de santé *
Allemagne	2 % du revenu annuel des ménages	Supplémentaire Complémentaire (interdite pour les médicaments)	8,8 %
Belgique	450 € à 1 800 €	Complémentaire Supplémentaire	3,4 %
France	Aucun	Complémentaire	12,2 %
Pays-Bas	0 € à 500 €	Supplémentaire	17,9 %
Suède	522 €	Duplicative	1,7 %
Suisse	600 € à 2 000 €	Supplémentaire	9 %

* Source : Éco-Santé OCDE, 2006 – données 2003.

2. Ce type d'assurance permet ainsi dans les systèmes nationaux de santé d'avoir accès à une offre privée, qui permet de contourner les listes d'attente du secteur public.

1. INTRODUCTION

Dans un contexte de forte croissance des dépenses de santé dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le financement de ces dépenses devient un enjeu majeur. Le poids des prélèvements obligatoires, l'exigence d'une solidarité intergénérationnelle, les contraintes économiques ont amené de nombreux pays à moduler prise en charge collective et financement privé des dépenses de santé.

Le montant des dépenses de santé privées des patients dépend de trois types de mesures : celles qui déterminent la « population couverte » ; celles qui spécifient le type de soins inclus dans la dépense socialisée ; celles, enfin, qui définissent des mécanismes de participation financière des patients et les éventuelles exemptions.

L'objet de cette étude est de comparer, dans quelques pays d'Europe, le reste à charge des patients en décrivant le contexte institutionnel et les règles définissant ce reste à charge, en analysant les données statistiques disponibles et en proposant des éléments d'évaluation, mettant en évidence les avantages et inconvénients des systèmes, notamment en termes d'efficacité et d'équité.

Les pays retenus dans le cadre de cette étude sont l'Allemagne, la Belgique, la Suède, la Suisse et les Pays-Bas, soit quatre pays ayant un système de santé à dominante bismarckienne (avec une forte intervention des assureurs privés aux Pays-Bas et en Suisse) et un pays ayant adopté le modèle NHS (la Suède).

La section 2 de ce rapport présente des données de cadrage général pour ces cinq pays, en termes de financement des dépenses de santé et de gestion du panier de soins remboursables.

Selon les données de l'OCDE, les versements nets des ménages s'élevaient en 2003 à 1 326 euros par tête en Suisse – soit environ 30 % de la dépense totale de santé – contre 211 euros par tête aux Pays-Bas ou en France – soit moins de 8 % des dépenses totales de santé dans ces deux pays (cf. tableau 1.1 et encadré 2.1 sur la définition des données).

Tableau 1.1 : Financement des dépenses de santé en euros par tête – 2003

	Dépenses totales de santé	Dépenses publiques de santé	Dépenses privées de santé	Versements des ménages	Assurance privée	Autres privées
Suisse	4 201	2 457	1 744	1 326	377	41
Allemagne	2 855	2 233	622	298	250	74
Suède	2 757	2 354	403	355	48	-
France	2 743	2 149	595	211	336	47
Pays-Bas	2 673	1 686	987	211	478	298
Belgique	2 660	1 905	755	631	91	34

Source : Éco-Santé OCDE, 2006

Par ailleurs, des travaux récents menés avec le soutien de la Commission européenne permettent de décrire les modalités de définition du panier de soins offert à la population selon les pays.

La section 3 présente les principaux instruments de participation financière de la demande (franchise, ticket modérateur et copaiement) et les mécanismes de participation financière existant dans les cinq pays étudiés. Le plus souvent, les modalités de la participation financière des patients sont différentes selon le type de biens et services considérés avec, dans certains cas, un objectif d'orientation des patients vers les soins les plus efficaces.

Il faut souligner que tous ces pays ont institué des plafonnements, soit comme en Allemagne en fonction du revenu annuel soit en fonction d'un montant fixé par les régulateurs comme en Suède. Par ailleurs, des politiques ciblées sur certaines catégories de population existent aussi, en particulier pour les femmes enceintes et les enfants. Seuls deux pays ont instauré un dispositif spécifique pour les malades chroniques : l'Allemagne, où le plafond de dépenses à la charge des patients est ramené à 1 % du revenu annuel pour ces malades (contre 2 % dans la population générale), et la Belgique, où les malades chroniques bénéficient d'un « forfait » d'environ 250 euros.

Dans cette section, nous abordons aussi le rôle de l'assurance maladie volontaire qui peut très nettement modifier l'impact des mesures de participation financière de la demande.

Enfin, la section 4 présente des éléments d'évaluation des politiques de participation financière de patients. En premier lieu, nous rappelons les fondements économiques de la participation financière de la demande puis nous présentons les enseignements généraux de la littérature.

En second lieu, nous proposons, à partir des exemples présentés dans ce rapport, des éléments d'appréciation des politiques de participation financière des patients.

2. DONNÉES DE CADRAGE

Les cinq pays sélectionnés pour l'étude – Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Suède et Suisse – ont une population qui varie de 7,4 millions pour la Suisse à 82,5 millions pour l'Allemagne (cf. tableau 2.1).

La part des plus de 65 ans dépasse 17 % de la population en Allemagne, en Suède et en Belgique. La France, la Suisse et la Suède sont les pays où l'espérance de vie à la naissance est la plus forte. L'Allemagne est le pays où la proportion de personnes âgées est la plus importante et où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible. En termes de richesse, la Suisse arrive largement en tête avec un PIB par habitant de 39 419 euros, le PIB par habitant atteignant 26 860 euros en Allemagne.

Tableau 2.1 : Cadrage démographique et économique en 2004

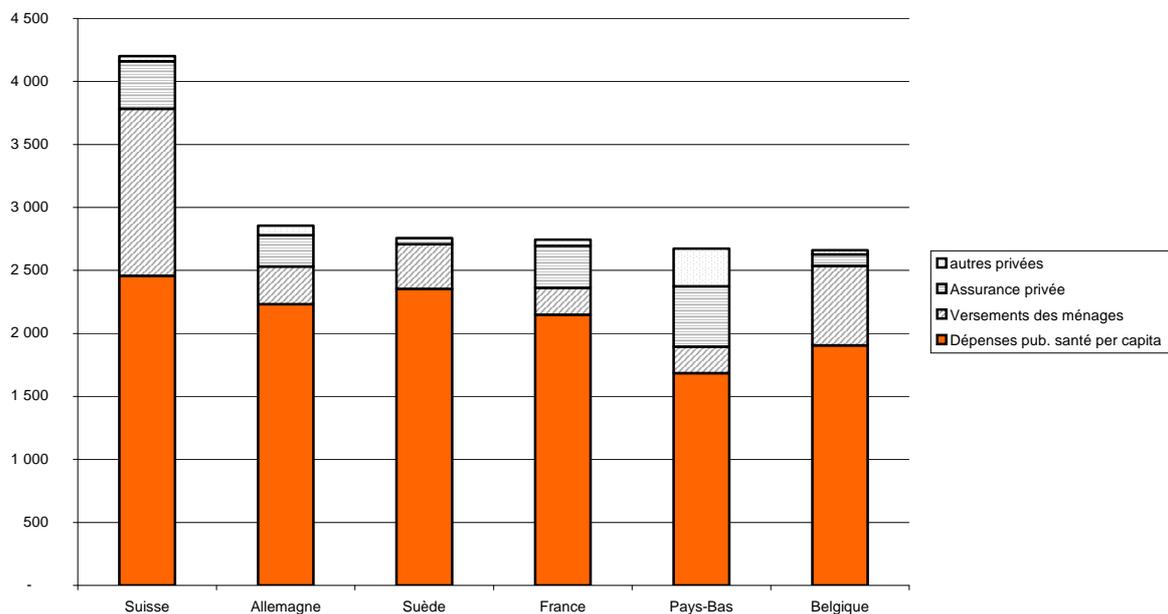
	Population totale Milliers de personnes	Part des plus de 65 ans	Espérance de vie des femmes	Espérance de vie des hommes	PIB <i>per capita</i> Euros
Allemagne	82 491	18 %	81,0	75,7	26 860
Belgique	10 421	17 %	82,4	76,5	27 644
France	60 200	16 %	83,8	76,7	27 381
Pays-Bas	16 282	14 %	81,4	76,9	30 011
Suède	8 994	17 %	82,7	78,4	31 529
Suisse	7 390	15 %	83,7	78,6	39 419

Source : Éco-Santé OCDE, 2006

2.1 – Le financement des dépenses de santé

Le graphique 2.1 construit à partir des données de l'OCDE montre que les dépenses de santé par habitant sont très proches pour ces pays (à l'exception de la Suisse). En revanche, la répartition entre dépenses publiques, dépenses prises en charge par les assurances privées volontaires et dépenses prises en charge par les ménages peut varier de manière importante (cf. encadré 2.1 pour une définition précise des données). Par exemple, en Belgique, les dépenses privées de santé des ménages s'élèvent à 631 euros par tête contre 211 euros par tête pour les Pays-Bas.

Graphique 2.1 : Financement des dépenses de santé en 2003



Source : Éco-Santé OCDE, 2006

L'évolution des versements nets des ménages est présentée dans le tableau 2.2, issu des données de l'OCDE (Éco-Santé 2006). Les données disponibles montrent que si les versements nets des ménages ont eu tendance à augmenter en valeur, ils ont eu plutôt tendance à régresser en proportion de la dépense totale de santé. Dans les dépenses privées de santé, la proportion de versements nets des ménages est extrêmement variable, ce qui sous-tend un rôle très différent joué par les assurances complémentaires, supplémentaires ou duplicatives (cf. infra).

Encadré 2.1 : Les données Éco-Santé OCDE – définitions

Les dépenses totales de santé regroupent les consommations de soins hospitaliers publics et privés, de soins ambulatoires (essentiellement ceux des professionnels de santé libéraux), de transports de malades, de médicaments et autres biens médicaux (optique, prothèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP), petits matériels et pansements), les soins de longue durée aux personnes âgées en établissement, les subventions au système de soins, les dépenses de prévention, les coûts de gestion de la santé et la formation brute de capital fixe des hôpitaux.

Les dépenses publiques de santé correspondent aux dépenses de santé financées par des fonds publics. Ces fonds publics regroupent les administrations centrales, régionales ou locales et les organismes d'assurance maladie obligatoire (qu'ils soient ou non publics).

Les dépenses privées de santé comprennent : les versements nets des ménages, les dépenses prises en charge par des assureurs privés (auxquels l'affiliation n'est pas obligatoire) et les dépenses financées par d'autres types d'organismes privés (entreprises, fondations, Croix-Rouge, etc.).

Les versements nets des ménages comprennent le reste à charge des patients (ticket modérateur, franchise ou dépassements non pris en charge) et les dépenses non prises en charge par l'assurance publique obligatoire ou par une assurance privée facultative.

L'assurance privée correspond à la part des dépenses de santé financée par une assurance maladie privée non obligatoire.

Tableau 2.2 : Évolution des versements nets des ménages depuis 1990

Versements nets ménages - /capita, US\$ PPA				
	1990	1995	2000	2003
Allemagne	193	226	284	313
Belgique	nd	nd	nd	717 e
France	175	218	257	235
Suisse	724	849 b	1045	1214
Suède	nd	nd	nd	nd
Pays-Bas	nd	nd	203	229 e
Versements nets ménages - % dépenses tot. de santé				
	1990	1995	2000	2003
Allemagne	11.1	10.0	10.6	10.4
Belgique	nd	nd	nd	23.5 e
France	11.4	10.8	10.5	7.7
Suisse	35.7	33.0 b	32.9	31.6
Suède	nd	nd	nd	nd
Pays-Bas	nd	nd	9.0	7.9 e
Versements nets ménages - % dépenses privées santé				
	1990	1995	2000	2003
Allemagne	46.8	51.2	49.6	47.9
Belgique	nd	nd	nd	83.5 e
France	48.7	45.5	43.4	35.6
Suisse	74.9	71.4 b	74.1	76.0
Suède	nd	nd	nd	nd
Pays-Bas	nd	nd	24.3	21.3 e

b : rupture de série

e : estimation

nd : non disponible

Source : Éco-Santé OCDE, 2006

Les données issues des enquêtes sur le budget des ménages (Eurostat pour les données Allemandes et services statistiques nationaux pour les autres pays) montrent que le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages est compris entre 2,4 % pour les Pays-Bas et 4,7 % pour la Belgique (cf. tableau 2.3). Ces données correspondent aux versements nets des ménages c'est-à-dire les dépenses consacrées à la santé en y retranchant, le cas échéant, les remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie privée volontaire. Les primes versées par les ménages pour l'assurance maladie (obligatoire et volontaire) ne sont pas comptabilisées dans cet ensemble.

Tableau 2.3 : Poids des dépenses de santé dans le budget des ménages

Pays	Allemagne ⁽¹⁾	Belgique ⁽²⁾	Pays-Bas ⁽³⁾	Suède ⁽⁴⁾	Suisse ⁽⁵⁾
Dépenses de santé / consommation totale	3,9 %	4,7 %	2,4 %	2,5 %	4,4 %

1 : Données de 2003 – Office fédéral de la statistique d'Allemagne.

2 : Données de 2004 – Statistique et information économique de Belgique. Service public fédéral Économie.

3 : Données de 2004 – Centraal Bureau voor de Statistiek, budget survey.

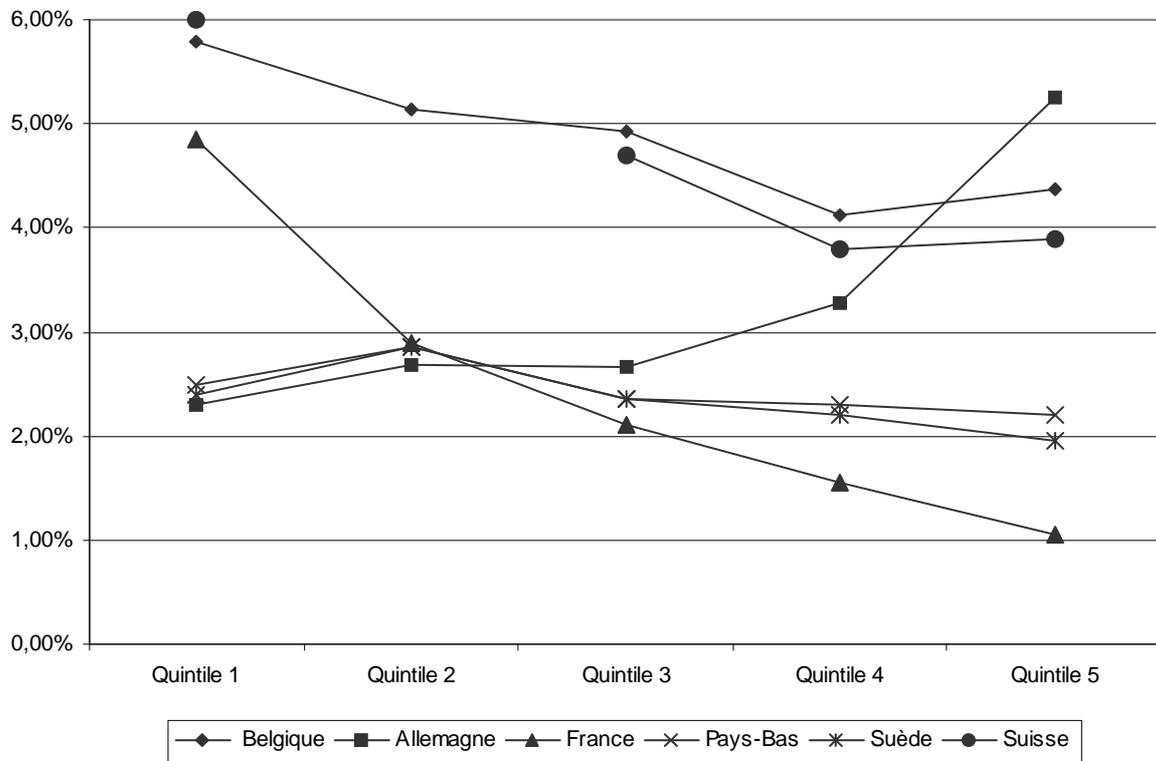
4 : Données de 2005 – Statistiska centralbyran – Household budget survey.

5 : Données de 2004 – Office fédéral de la statistique suisse.

Des données plus détaillées en fonction du niveau de revenu mettent en évidence des profils spécifiques selon les pays (graphique 2.2). Trois groupes de pays peuvent ainsi être distingués :

- En Belgique, en Suisse et en France, la part du budget des ménages consacrée aux dépenses de santé est plus forte pour les ménages les moins aisés. Par exemple, en Belgique et en Suisse, les ménages les plus pauvres consacrent près de 6 % de leurs revenus aux dépenses de santé alors que les 20 % les plus riches n'y consacrent que 4,4 % en Belgique et 3,9 % en Suisse.
- En Allemagne, on observe une relation inverse, le niveau d'effort étant croissant avec le revenu. Les ménages allemands les plus pauvres consacrent 2,3 % de leur revenu à la santé et les plus riches 5,25 %.
- Aux Pays-Bas et en Suède, le niveau d'effort en faveur de la santé des ménages est légèrement croissant dans un premier temps puis décroissant. Mais les variations restent faibles, entre 2 et 3 % du revenu.

Graphique 2.2 : Part du budget des ménages consacrée aux dépenses de santé en fonction du niveau de revenu



Sources :

Pays-Bas : données 2004, Statistics netherlands

France : données 2002, Caussat, Le Minez, Raynaud, dossier solidarité santé, 2005

Suède : données 2005, Statistika centralbyran

Suisse : données 2003, Office fédéral de la statistique

Belgique : données 2004, Statbel

Allemagne : données 1999, Eurostat

Lecture : ce graphique donne le pourcentage du revenu des ménages qui est consacré à la santé en fonction du niveau relatif de revenu. Par exemple : en Belgique, les 20 % des ménages les plus pauvres consacrent environ 5,8 % de leur revenu aux dépenses de santé contre environ 4,4 % pour les 20 % les plus riches.

2.2 – La gestion du panier de soins remboursables

Pour comparer les dépenses de santé prises en charge par les patients dans quelques pays d'Europe, il est nécessaire de rappeler que leur niveau moyen est étroitement lié aux modalités de la couverture du risque maladie. Selon Busse *et al.* (2006), la couverture maladie d'une population s'apprécie en fonction de :

- la proportion de la population couverte ;
- le nombre et la nature des biens et services couverts ou « panier de soins » ;
- la proportion des dépenses prises en charge pour ces mêmes biens et services.

Le montant moyen des dépenses de santé privées des patients dépend donc de trois types de mesures :

- des mesures qui visent à déterminer la « population couverte », autrement dit les bénéficiaires de la protection sociale contre le risque maladie ;
- des mesures qui visent à définir régulièrement ce qui est inclus dans la dépense socialisée : c'est ce qui est communément appelé « panier de soins », qui renvoie à un arbitrage de la collectivité sur la nature des dépenses socialement prises en charge. Ce panier de soins est défini comme « la totalité des services, actes et biens remboursés ou directement fournis par les régimes d'assurance sociale ou les services nationaux de santé » et peut être décrit par des « catalogues »³ ou être défini par des principes généraux ;
- des mesures qui visent à imposer un partage du coût et les mécanismes qui permettent à certaines catégories de la population de s'y soustraire.

La population couverte

Les systèmes de santé européens étudiés dans le cadre de cette comparaison ont majoritairement adopté le principe d'une couverture maladie universelle, à l'exception de l'Allemagne et la Belgique, même si les principales sources de financement de la dépense de santé sont très variables :

- en Suède, il s'agit d'un impôt régional levé par les conseils de comté ;
- en Allemagne, en France et en Belgique, il s'agit de cotisations ;
- aux Pays-Bas et en Suisse, il s'agit de primes.

L'existence d'une couverture maladie universelle implique généralement, d'une part, l'affiliation obligatoire de tous les résidents réguliers sur le territoire à un régime assurantiel de base (concernant le plus souvent *a minima* les soins ambulatoires et les frais d'hospitalisation) et, d'autre part, une protection complémentaire étendue pour les plus démunis. Dans les pays à dominante bismarckienne, l'adoption d'une couverture maladie universelle résulte d'un élargissement plus ou moins récent du régime d'assurance initial.

Le panier de soins

Selon Schreyögg *et al.* (2006), la définition générale d'un panier de soins varie selon le mode d'organisation du système de santé. Toutefois, deux niveaux s'articulent généralement dans

4. Le panier de soins a fait l'objet d'une étude européenne d'envergure, *Health Benefits and Service Costs in Europe – Health basket*, soutenue par la Commission européenne, en 2007, et dont les résultats ont été publiés récemment notamment par Schreyögg *et al.* (2006)

le cadre de la définition du panier de soins : un cadre général spécifiant les domaines de couverture du panier et un ensemble de catalogues plus ou moins explicites :

- dans les systèmes nationaux de santé, ce sont les devoirs et obligations du système de santé (national ou régional) qui sont généralement stipulés par le panier de soins ; on constate en Suède qu'il n'existe pas de définition précise du panier de soins mais que le Bureau national de la santé et du bien-être (*Socialstyrelsen*), qui est une autorité publique semi-indépendante, suit et évalue les services de santé proposés par les Comtés à leurs administrés, afin de garantir leur adéquation avec les principes généraux définis au niveau central ;
- dans les systèmes de santé à dominante bismarckienne (de type assurance sociale), le panier de soins définit principalement les droits des assurés. Dans la mesure où ce type de système repose souvent sur une avance de frais et un remboursement *ex post* des soins, les catalogues peuvent parfois donner lieu à des descriptions très précises des conditions de prise en charge. C'est particulièrement le cas de la Suisse et des Pays-Bas, où les paniers de soins sont souvent réglementés par le biais de descriptions fonctionnelles.

D'une manière générale, les pays d'Europe sont à la recherche d'une « formalisation et une transparence du processus décisionnel » dans le cadre de leur politique de maîtrise des dépenses de santé ; ils déploient ou ont le projet de développer un arsenal de critères permettant l'inclusion de soins dans le panier (ou leur exclusion), les principaux critères retenus étant la nécessité, l'efficacité, le coût et le rapport coût-efficacité. En Allemagne, cette volonté a débouché sur la création d'un Institut pour la qualité et l'efficacité, pilotant des études d'évaluation économique relatives aux décisions de couverture du panier de soins, de sorte à rendre les arbitrages plus clairs (pour des services de santé adéquats, appropriés et efficaces) et les catalogues plus explicites. En Suisse, les prestations médicales doivent satisfaire aux conditions légales « d'efficacité, d'adéquation et d'économicité ».

Globalement, on peut considérer dans le cadre de cette étude que l'ensemble des soins de santé – diagnostiques et curatifs – est pris en charge dans les pays considérés, même si l'information sur ce sujet est souvent fragmentée. En d'autres termes, ce n'est pas parce que le reste à charge paraît à première vue plus élevé dans certains pays comme la Suisse ou la Belgique qu'il sous-tend un panier de soins moins généreux⁴. Au contraire, l'importance du reste à charge apparaît comme finalement très liée aux mécanismes de prise en charge des dépenses de santé et des instruments de partage du coût.

5. Par exemple, le catalogue de prise en charge des prestations en Suisse apparaît relativement large, alors même que les versements nets des ménages apparaissent relativement élevés.

3. LE RESTE À CHARGE DES PATIENTS

La participation financière des patients est un instrument largement utilisé dans les pays européens, en particulier en ce qui concerne les dépenses pharmaceutiques. Dans certains pays, une participation financière des patients peut aussi être demandée pour les soins hospitaliers ou ambulatoires. Cette section traite exclusivement du reste à charge, c'est-à-dire de la participation des patients au financement de biens et services de santé inclus dans le panier de soins défini à la section précédente.

Nous présentons, tout d'abord, les principaux mécanismes de partage du coût utilisés et combinés dans les différents pays de l'étude. Nous exposons ensuite les mécanismes de protection permettant de limiter de probables effets revenu. Enfin, nous considérons la « réassurabilité » du partage du coût comme moyen alternatif permettant d'éviter la charge financière liée au partage du coût (ou « mécanismes de protection implicite »).

3.1 – Les mécanismes de participation financière de la demande

On peut considérer qu'il existe quatre principaux instruments de participation financière de la demande dans le domaine de la santé :

le copaiement : le patient paie un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel (par exemple, 5 euros par consultation) ;

la franchise (« deductibles ») : le mécanisme de couverture des dépenses de santé n'intervient qu'à partir du moment où les dépenses *cumulées* des patients dépassent le montant de la franchise. En deçà de ce montant, les patients supportent la totalité de leurs dépenses. Les franchises sont le plus souvent définies sur des périodes de 12 mois ;

le ticket modérateur : le patient paie une proportion du coût total, le reste étant à la charge de l'assureur ou du financeur public ;

le tarif de référence : l'assurance ou le financeur public prend en charge un montant fixe, les patients devant payer la différence entre ce montant et le prix réellement facturé. Le tarif de référence n'est pas un mécanisme de participation financière de la demande au sens strict, puisque les patients peuvent accéder aux biens et services concernés sans participation financière (par exemple, l'instauration d'un prix de référence déterminé comme le prix du générique le moins cher pour une classe de médicaments ne va entraîner une participation financière des patients que s'ils décident d'acheter un médicament plus cher). Cependant, le tarif de référence peut

devenir un mécanisme de participation financière de la demande en fonction du niveau auquel il est fixé, soit qu'il n'y ait pas d'offre disponible à ce niveau de prix (par exemple, les prothèses dentaires en France) soit que cette offre ne corresponde pas à des standards de qualité acceptables pour la majorité des patients (par exemple les montures de lunettes en France).

Traditionnellement, les services nationaux de santé fournissent des prestations « en nature », avec la gratuité au point d'accès (l'offre de soins étant organisée sur un modèle public), alors que les systèmes de santé de type assurantiel (bismarckiens ou privés), organisés autour d'une offre libérale, prévoient une participation financière des patients. Le graphique 2 (section 2) montre que le partage entre systèmes nationaux et systèmes assurantiels n'est pas aussi tranché : le poids de la participation financière des patients est relativement comparable en Allemagne, aux Pays-bas ou en Suède. Cependant, certains instruments de participation financière de la demande, comme le ticket modérateur et la franchise, se rencontrent bien plus souvent dans les systèmes assurantiels.

Les franchises annuelles

Parmi les cinq pays étudiés, trois ont mis en place des mécanismes de franchise annuelle, qui définissent le montant que doivent payer les assurés avant de pouvoir bénéficier de la couverture maladie.

En Suisse, cette franchise s'élève, au minimum, à 187 euros par an ; les assurés peuvent choisir, en contrepartie d'une réduction de la prime d'assurance qui leur est demandée, un niveau de franchise plus élevé (par exemple, la prime annuelle peut être diminuée de près de 600 euros pour les assurés qui optent pour un contrat avec une franchise d'environ 900 euros). Toutefois, la franchise annuelle ne peut pas être supérieure à 1 543 euros. L'ensemble des dépenses de santé est pris en compte pour le calcul de cette franchise.

Aux Pays-Bas, la franchise proposée peut varier entre 0 euro (les assureurs étant contraints de proposer un contrat sans franchise) et 500 euros avec, comme en Suisse, des réductions de primes qui s'appliquent en fonction du montant de la franchise choisie par l'assuré.

En Suède, enfin, la franchise annuelle ne concerne que les produits pharmaceutiques : les 100 premiers euros dépensés pour des achats de médicaments sont à la charge exclusive des patients.

Partage du coût pour les soins médicaux ambulatoires

Parmi les pays étudiés, seuls les Pays-Bas n'ont pas institué de participation financière des patients pour les soins médicaux délivrés en ville (au-delà de la franchise annuelle, le cas échéant). Dans les autres pays, des mécanismes de partage du coût pour l'accès aux soins médicaux ambulatoires ont été institués (tableau 3.1).

En Belgique et en Suisse, un ticket modérateur s'applique à chaque consultation réalisée en ville, alors qu'en Suède les patients doivent s'acquitter d'un copaiement forfaitaire (qui varie selon les comtés).

L'Allemagne a, depuis peu, mis en place un système de participation financière des patients, déterminé sur une base périodique : chaque trimestre, les patients doivent payer 10 euros lors d'une première consultation auprès d'un médecin. Toutefois, lorsque les patients sont adressés par leur médecin généraliste, ils n'ont pas à s'acquitter de ce copaiement lors de la consultation avec le médecin spécialiste.

Ces dispositifs ont souvent été renforcés au cours des dernières années, en particulier pour tenter de contenir les dépenses publiques de santé.

Tableau 3.1 : Partage du coût pour les consultations médicales ambulatoires

Pays	Mécanisme(s) de partage du coût
Allemagne	<u>Consultation de MG</u> : copaiement de 10 euros lors d'une première consultation (par période de trois mois) <u>Consultation de MS</u> : pas de copaiement si adressage par MG
Belgique	<u>Consultation de MG</u> : ticket modérateur de 30 % (35 % si visite à domicile) et paiement intégral du dépassement de tarif <u>Consultation de MS</u> : ticket modérateur de 40 %
France	Ticket modérateur de 30 % + 1 à 2,5 euros par consultation
Pays-Bas	Aucun au-delà de la franchise annuelle
Suède	<u>Consultation de MG</u> : copaiement variable de 11 à 17 euros selon les comtés <u>Consultation de MS</u> : copaiement variable de 22 à 34 euros <u>Consultation dans un service d'urgence</u> : copaiement de 28 euros
Suisse	Ticket modérateur de 10 % au-delà de la franchise annuelle

Partage du coût pour les soins hospitaliers

Hormis les Pays-Bas, les pays étudiés ont largement recours à un copaiement prenant la forme d'un forfait journalier (tableau 3.2). Ce copaiement varie de 6 euros, pour la Suisse, à 13 euros, pour la Belgique. Le forfait journalier n'obéit généralement pas à une logique de responsabilisation mais davantage à une logique d'exclusion de certaines prestations non médicales du panier de soins (en l'occurrence les prestations hôtelières, considérées comme relevant de la dépense privée).

Tableau 3.2 : Partage du coût pour les soins hospitaliers

Pays	Mécanisme(s) de partage du coût
Allemagne	Copaiement : forfait journalier de 10 euros
Belgique	Copaiement : forfait d'admission de 28 euros (premier jour) Copaiement : forfait journalier de 13 euros à partir du 2 ^e jour Copaiement journalier pour les médicaments : 0,62 euro
France	Copaiement : forfait journalier de 16 euros si prix de l'acte < 91€ + TM 20 % ; sinon + copaiement 18 euros
Pays-Bas *	Aucun, au-delà de la franchise annuelle sur l'ensemble des soins
Suède	Copaiement : forfait journalier de 9 euros maximum
Suisse	Copaiement : forfait journalier de 6,2 euros au-delà de la franchise annuelle

** Mécanismes de partage du coût pour les soins de longue durée (premier compartiment assurantiel)*

Partage du coût pour les médicaments

Compte tenu de la croissance très forte des dépenses pharmaceutiques dans l'ensemble des pays d'Europe, de nombreux instruments de responsabilisation ont été adoptés ou renforcés au cours des dernières années, dont notamment le système des prix de référence (tableau 3.3). L'acquisition de médicaments est très souvent subordonnée au paiement d'un ticket modérateur ou d'un copaiement. Par ailleurs, les remboursements procèdent également d'une logique d'exclusion de certaines spécialités du panier de soins, souvent sur la base d'un rapport coût-efficacité défavorable au maintien de la prise en charge.

Tableau 3.3 : Partage du coût pour les médicaments

Pays	Mécanisme(s) de partage du coût
Allemagne	Copaiement par médicament acheté de 5 euros Ticket modérateur de 10 % appliqué entre 5 euros et 55 euros Mécanisme du prix de référence pour les spécialités comparables
Belgique	Ticket modérateur de 0 % à 80 % du prix selon la catégorie du médicament
France	Ticket modérateur de 0 % à 85 % du prix selon la catégorie du médicament Mécanisme du prix de référence
Pays-Bas	Mécanisme de prix de référence au-delà de la franchise annuelle
Suède *	Franchise annuelle de 100 euros pour les médicaments Ticket modérateur dégressif au-delà de 100 euros sur les dépenses annuelles cumulées : 50 % de 10 à 189 euros, 25 % de 190 à 367 euros, 10 % de 368 à 478 euros L'insuline n'est pas soumise à une participation financière
Suisse	Ticket modérateur de 10 % au-delà de la franchise annuelle (20 % si prise en charge d'un médicament princeps auquel un générique peut être substitué)

* Mécanisme national.

3.2 – Les autres outils financiers de sensibilisation des patients au coût de leur consommation : les « bonus »

À côté des mécanismes traditionnels de participation financière de la demande, de nouveaux outils ont été développés afin de sensibiliser les patients au coût des biens et services médicaux. Ces outils ont pour point commun de prendre la forme de « récompenses » et sont très proches des mécanismes de bonus utilisés dans les assurances automobiles. Ces bonus peuvent être liés au respect d'une filière de soins ou bien au recours réel des assurés au système de santé durant l'année écoulée. Dans ce dernier cas, les patients qui ont le plus recours aux soins ne peuvent prétendre au bonus et ont, toutes choses égales par ailleurs, un reste à charge qui sera *in fine* supérieur aux patients qui ont pu bénéficier du bonus.

La filière ou le réseau de soins

Certains éléments du partage du coût peuvent être supprimés dès lors que l'assuré emprunte un parcours de soins initié par son médecin traitant (filière de soins).

C'est le cas en Allemagne, où le forfait de cabinet n'est pas dû lorsque le patient consulte son médecin traitant. Par ailleurs, l'Allemagne a conçu des incitations complémentaires : les caisses d'assurance maladie disposent de la possibilité d'accorder des rabais à ceux de leurs assurés qui acceptent de participer à des programmes thérapeutiques spéciaux (axés sur la prévention et le bien-être).

En Suisse, l'assureur peut être amené à renoncer à une partie du prélèvement de la coassurance ou de la franchise, si l'assuré a choisi un contrat impliquant un choix limité des offreurs de soins (réseau de soins). Par ailleurs, il existe des incitations financières à recourir à un médecin *gatekeeper* : le patient qui confie la gestion de son « dossier médical global » (historique des consultations, rapports de spécialistes et des hospitalisations...) à un médecin généraliste librement choisi bénéficie d'une réduction de 30 %⁵ de la consultation de ce médecin.

Le « no-claim » et les mécanismes de reversement

En 2006, un mécanisme de reversement d'une partie de la prime avait été institué pour les assurés ayant un faible recours aux soins : le *no-claim*. Ce dispositif original a toutefois été abrogé en mai 2007, dans la mesure où son efficacité en tant qu'instrument de responsabilisation était douteuse et où ce dispositif revenait *in fine* à pénaliser les plus malades, dont la consommation de soins est élevée.

Un système analogue a été également mis en place en Allemagne, où les caisses d'assurance maladie sont depuis 2004 en mesure de stipuler également dans leur charte un reversement aux membres volontaires, si ces derniers et d'autres membres de leur famille ayants droit n'ont pas utilisé les services de l'assurance maladie pendant une année. La charte de la caisse détermine le montant de la somme à reverser.

Pour conclure, il apparaît que le champ, les modalités de calcul et l'ampleur du reste à charge des ménages sont très variables dans les pays retenus pour cette étude (cf. tableau 3.4). En revanche, tous ces pays ont instauré des mécanismes de protection performants contre le risque financier que peut entraîner une politique de responsabilisation des ménages.

6. Les personnes âgées de plus de 75 ans ainsi que les personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer en raison d'une maladie chronique peuvent également bénéficier de cette réduction pour les visites à domicile. Le dossier médical global, pour son ouverture, coûte au patient 22 euros (en 2006), qui sont intégralement remboursés par la caisse.

Tableau 3.4 : Les mécanismes de participation financière de la demande

	Soins hospitaliers	Consultations généralistes	Consultations spécialistes	Médicaments	Franchise Tous biens et services
Allemagne	Copaiement 10 € par jour	10 € par trimestre	0 si adressage par MG	5 € + TM 10 % (jusqu'à 55 €) Prix de référence	Non
Belgique	Copaiement 28 € à l'admission puis 13 € par jour	TM 30 %	TM 40 %	TM de 0 à 80 %	Non
France	Copaiement 16 € par jour - si prix de l'acte < 91€ + TM 20 % - si prix de l'acte > 91€ + copaiement 18€	TM 30 % + De 1 à 2,5 € par consultation	TM 30 % + De 1 à 2,5 € par consultation	TM de 0 à 85 % Prix de référence	Non
Pays-Bas	0	0	0	Prix de référence	De 0 à 500 €
Suède	Copaiement 9 € par jour	Copaiement 11 à 17 €	Copaiement 22 à 34 €	Franchise 100 € puis TM jusqu'à 478 € de dépenses cumulées	Non
Suisse	Copaiement 6,2 € par jour	TM 10 %	TM 10 %	TM 10 % ou 20 %	De 187 € à 1 543 €

3.3 – Les mécanismes de protection

Les mécanismes de protection permettant de soustraire partiellement ou complètement une partie de la population au partage du coût ont pour objectif de corriger certains effets indésirables de la participation financière des patients.

Alors que les systèmes de santé ont été pensés dans une logique de solidarité entre malades et bien portants, l'instauration de mécanismes de participation financière des patients entraîne, de fait, une charge financière plus lourde pour ceux qui ont le plus recours aux soins.

De même, si les systèmes de santé reposent sur le principe d'un égal accès aux soins indépendamment des revenus, les mécanismes de participation financière de la demande peuvent entraîner une charge financière trop lourde pour les plus modestes et un renoncement aux soins.

Les mécanismes de protection introduits dans les pays étudiés sont variés : il peut s'agir de taux réduits de coassurance, d'exonérations, de reversements ou encore de plafonds (cf. tableau 3.5).

Tableau 3.5 : L'existence de mécanismes de protection

Pays	Mécanisme(s) de protection ciblé(s)	Mécanisme(s) de protection général(aux)
Allemagne	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafonds proportionnels au revenu Plafond annuel de dépenses pour les soins hospitaliers
Belgique	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction de l'âge	Plafonds en fonction des revenus
France	En fonction de l'état de santé : maladies chroniques En fonction du statut : femmes enceintes, invalides, accidents du travail, etc.	Néant
Pays-Bas	Néant	Plafond annuel de dépenses
Suède *	En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafond annuel de dépenses
Suisse	En fonction de l'âge Dispositif spécifique pour les femmes enceintes	Plafond annuel de dépenses

* Règles nationales.

3.3.1 – Les dispositifs en faveur des patients atteints de maladie chronique

On trouve, en Belgique et en Allemagne, des dispositifs spécifiques pour les patients atteints d'une maladie chronique. Ces dispositifs, qui visent à alléger la charge financière pour les patients les plus lourds, ne reposent pas, comme en France, sur la détermination d'une liste de maladies, mais sont mis en place en fonction de critères liés à la durée des soins, les incapacités entraînées par la maladie ou encore le caractère « essentiel » du traitement.

En Belgique, les forfaits maladies chroniques permettent à leurs bénéficiaires de disposer d'une allocation forfaitaire de 253,61 euros par an, compensant partiellement leurs dépenses de soins. Ce forfait est attribué aux malades dès lors que leurs dépenses personnelles de santé dépassent 365 euros (pour les bénéficiaires de minima sociaux, d'allocations personnes handicapées ou personnes âgées, chômeurs de longue durée) ou 450 euros.

Sont considérés comme malades chroniques les personnes :

- ayant obtenu l'accord du médecin-conseil pour des soins infirmiers (forfait B ou C) pendant une période d'au moins trois mois ou pour des soins de kinésithérapie ou de physiothérapie (pathologie lourde) pendant une période de six mois au minimum ;
- ayant séjourné dans un hôpital pendant une durée totale d'au moins 120 jours ou ayant été admis au moins 6 fois dans un hôpital durant l'année concernée et l'année précédente ;
- bénéficiaires d'une allocation familiale majorée ou d'une allocation d'intégration (catégorie III ou IV) ;
- bénéficiaires d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées (catégorie II, III ou IV), d'une allocation pour l'aide d'une tierce personne (titulaire avec charge de famille) ou d'une indemnité d'incapacité primaire ou d'invalidité, accordée au titulaire considéré comme étant une personne à charge en raison de la nécessité de l'aide d'une tierce personne.

En Allemagne, le plafond de dépense annuel est diminué pour les malades chroniques, qui peuvent bénéficier d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses de santé (que celles-ci soient ou non liées à leur maladie) dès lors que ces dépenses sont supérieures à 1 % des revenus annuels du ménage.

Un patient est considéré comme atteint d'une maladie chronique lorsqu'il est suivi médicalement pendant une durée minimale de un an (traitement dit « de longue durée ») à

raison d'au moins une fois par trimestre, et lorsque l'on constate l'une des situations ci-après :

- le patient présente une dépendance de degré 2 ou 3 en vertu du livre XI du Code social ;
- il présente un handicap d'au moins 60 % en vertu de la loi fédérale sur les pensions d'invalidité, ou une réduction de capacité professionnelle d'au moins 60 %, le handicap ou la réduction de la capacité professionnelle devant résulter au moins partiellement de la maladie pour laquelle il suit un traitement de longue durée ;
- un traitement continu (traitement médicamenteux, psychothérapie, etc.) est médicalement nécessaire, la suspension du traitement pouvant conduire au décès prématuré du patient ou à une détérioration durable de la qualité de vie de celui-ci.

Le patient doit fournir à son organisme d'assurance maladie la preuve qu'il se trouve en traitement de longue durée, en présentant un certificat médical qui indique la nature de la maladie. Selon les estimations de Busse *et al.* (2005), le nombre de patients concernés par cette mesure serait de l'ordre de 3,1 millions de personnes (soit moins de 4 % de la population).

3.3.2 – Les autres exonérations et allègements

- ***Des mesures spécifiques pour les enfants et les adolescents***

Dans la plupart des pays, les enfants et les adolescents sont exonérés du partage du coût pour ce qui concerne les soins ambulatoires (Allemagne, Suède, Pays-bas, pour les soins de longue durée) ou les médicaments (Allemagne). En Suisse, les enfants ne paient pas la franchise et sont soumis à une coassurance diminuée de moitié ; de plus, un plafond de dépenses est fixé pour les enfants d'une même famille qui paient au maximum par année civile le montant de la franchise et de la coassurance dû par un adulte.

- ***Une protection renforcée pour les femmes enceintes***

Les femmes enceintes ne supportent aucune participation financière en Suède, en Allemagne et en Suisse.

- ***Un remboursement majoré pour des catégories spécifiques***

En Belgique, les bénéficiaires d'une allocation d'invalidité et les personnes âgées dépendantes bénéficient d'un régime préférentiel⁶, qui leur accorde un remboursement

7. Le régime préférentiel « BIM » (bénéficiaires de l'intervention majorée), ou ancien « régime VIPO » (veufs, invalides, pensionnés et orphelins, dont le revenu annuel brut ne dépasse pas un certain seuil), a été étendu à de nouvelles catégories de personnes en juillet 1997 sous l'appellation de « intervention majorée » : les « minimexés » – équivalents des bénéficiaires du RMI français –, les bénéficiaires d'un revenu garanti aux personnes âgées, d'une allocation pour handicapés, des allocations familiales majorées (enfant handicapé avec

majoré de l'assurance, les prestations pour soins courants étant remboursées à concurrence de 90 %, à l'exclusion des consultations des médecins spécialistes (85 %) et des prestations de kinésithérapie (80 %).

3.3.3 – Les mesures générales visant à limiter la charge financière

L'ensemble des pays étudiés utilise des mécanismes de plafonnement des dépenses de santé au titre du reste à charge (cf. tableau 3.7) ⁷.

Les dispositifs réduisant le montant de la participation financière en fonction du revenu

En Belgique, les ménages dont les revenus bruts imposables n'excèdent pas 13 512,8 euros augmentés de 2 501,47 euros par personne à charge (en 2007) peuvent prétendre au dispositif Omnio, qui donne droit à un meilleur remboursement pour les médicaments et les soins de santé (consultations, visites, hospitalisations, soins infirmiers, etc.).

Les plafonds annuels de dépenses à la charge des ménages

Aux Pays-Bas, la participation financière des patients est limitée à la franchise choisie par les assurés, ce niveau étant au *maximum de 500 euros par an*. Une étude du Nivel Institute montre toutefois que 92 % des assurés ont opté pour un contrat sans franchise.

En Suède, plusieurs plafonds sont définis en fonction de la nature des biens et services concernés. Ainsi, le plafond s'élève à 100 euros pour les consultations (généralistes, infirmières en soins primaires et spécialistes) et les frais hospitaliers par période de 12 mois, 200 euros pour les médicaments, 222 euros pour les dispositifs médicaux. Au final, hors frais dentaires et biens et services non pris en charge, le reste à charge des ménages est donc *plafonné à 522 euros par an* ⁸.

En Suisse, le ticket modérateur de 10 % s'applique aux coûts dépassant la franchise, pour un montant maximum fixé par le conseil fédéral actuellement de l'ordre de 436 euros par année civile (ce plafond étant réduit de moitié pour les enfants et adolescents). En fonction du niveau de franchise choisi par l'assuré, le montant maximum du partage du coût varie

une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %) et enfin les chômeurs de longue durée (plus d'un an) âgés de 50 ans ou plus (uniquement en cas d'hospitalisation), ainsi que les personnes à charge de ces personnes.

8. C'est-à-dire hors dépenses pour des biens et services qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie ou par le système national de santé. Pour les biens et services qui sont soumis à un prix de référence, le reste à charge est calculé comme la différence entre le montant remboursé et le prix de référence (et non le prix réellement payé).

9. Des plafonds spécifiques sont définis pour les personnes en invalidité ou les plus de 65 ans selon les soins.

d'environ 600 euros jusqu'à près de 2 000 euros pour un adulte (en dehors du forfait journalier).

Les plafonds de participation en proportion du revenu

En Allemagne et en Belgique, des dispositifs dépendant du niveau de revenu ont été adoptés.

En Belgique, il existe des plafonds annuels de dépenses (maximum à facturer) définis en fonction des revenus des ménages (cf. tableau 3.6). Au-delà de ces plafonds, toutes les dépenses de soins sont intégralement prises en charge par l'assurance maladie ou l'administration fiscale. Cependant, le ticket modérateur pour certains médicaments et les interventions forfaitaires en cas de séjour dans des maisons de repos ne sont pas pris en compte pour le calcul du plafond.

Tableau 3.6 : Maximum à facturer et revenus des ménages

Revenus annuels du ménage	Plafond d'interventions personnelles Euros par an
De 0 à 15 144,56 EUR	450
De 15 144,57 EUR à 23 281,93 EUR	650
De 23 281,94 EUR à 31 419,32 EUR	1000
De 31 419,33 EUR à 39 217,63 EUR	1400
À partir de 39 217,64 EUR	1800

Source : Inami, 2007

En *Allemagne*, depuis 2004, une personne assurée sociale est éligible pour l'exonération du partage du coût dès lors que plus de 2 % du *revenu annuel brut du ménage* a été dépensé en reste à charge ; 1 %, pour une personne souffrant d'une maladie chronique sérieuse (cf. encadré 3.1 sur les modalités de calcul du plafond). L'exonération est appliquée tant que la maladie persiste, mais ne prend pas en compte dans le calcul la participation financière supportée par les autres membres de la famille.

Encadre 3.1 : Le calcul du plafond de participation en Allemagne

Le livre V du Code social (§ 62) prévoit un plafonnement du reste à charge à 2 % des ressources annuelles brutes de l'assuré par année civile, lesquelles ressources lui permettent d'assurer sa subsistance. L'assuré est exonéré du paiement du ticket modérateur par sa caisse d'assurance maladie pour le reste d'une année civile dès lors que le plafond a été atteint pour ladite année.

Sont considérés comme ressources le salaire, le revenu issu de l'exercice d'une activité libérale, les pensions de retraite, les revenus issus de la location de biens immobiliers ainsi que le rendement des capitaux. En font également partie les indemnités journalières de maladie, l'allocation de maternité, la rente d'accident du travail (rente versée par l'assurance accidents au titre d'une compensation de l'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle).

Les pensions de base (Grundrenten) versées aux personnes mutilées en vertu de la loi fédérale sur les pensions d'invalidité (Bundesversorgungsgesetz – BVG) ne sont pas considérées comme ressources brutes.

Calcul du plafond

Pour déterminer le plafond du ticket modérateur, le législateur prend en compte le revenu brut du ménage. Il importe donc de connaître le nombre de personnes qui constituent ce ménage, dans la mesure où un abattement est pratiqué pour chaque membre.

Le plafond du ticket modérateur est calculé comme suit : aux revenus bruts de l'assuré s'ajoutent ceux perçus par son conjoint et par les autres membres du ménage. Un abattement à hauteur de 15 % de la grandeur de référence annuelle⁹ – soit 4 410 euros en 2006 – est pratiqué sur le revenu du conjoint, le plafond étant calculé à partir de la somme des revenus bruts ainsi obtenue. L'abattement est ramené à 10 % de la grandeur de référence annuelle – soit 2 940 euros en 2006 – pour chaque autre membre du ménage percevant des revenus.

L'abattement pratiqué par enfant s'élève à 3 648 euros.

Exemples :

• Ménage A : l'assuré est marié, sans enfant.

Revenus annuels bruts	
- de l'assuré :	35 000 €
- de la conjointe :	15 000 €
Montant des revenus annuels bruts du ménage A :	50 000 €
Abattement de 15 % de la grandeur de référence annuelle :	- 4 410 €
	$\sum = 45 590 €$

Hauteur du plafond pour le ménage A : $45 590 \times 2 \% = 911,80 €$

• Ménage B : l'assuré est marié et a 2 enfants.

Revenus annuels bruts	
- de l'assuré :	30 000 €
- de la conjointe :	10 000 €
Montant des revenus annuels bruts du ménage B :	40 000 €
Abattement de 15 % de la grandeur de référence annuelle :	- 4 410 €
Abattement par enfant : $3 648 \times 2$, soit 7 296 €	- 7 296 €
	$\sum = 28 294 €$

Hauteur du plafond pour le ménage B : $28 294 \times 2 \% = 565,88 €$

• Ménage C : l'assuré vit seul et n'a pas d'enfant.

Revenus annuels bruts de l'assuré :	25 000 €
-------------------------------------	----------

Hauteur du plafond pour le ménage C : $25 000 \times 2 \% = 500 €$

10. La grandeur de référence annuelle désigne le plafond de revenus annuels bruts contraignant une personne à s'affilier auprès d'un organisme d'assurance maladie public. Il a été fixé à 46 800 euros par an en 2005, soit 3 900 euros par mois. Une personne percevant un revenu supérieur peut s'affilier auprès d'un organisme d'assurance maladie privé.

Tableau 3.7 : Les plafonds de dépenses à la charge des ménages

	Plafond annuel de dépenses
Allemagne	2 % du revenu annuel des ménages (population générale) 1 %, pour les malades chroniques Plafond annuel de 280 € pour les dépenses d'hospitalisation
Belgique	Plafond annuel de dépenses de 450 € à 1 800 €, en fonction des revenus du ménage
Pays-Bas	Plafond de dépenses compris entre 0 € et 500 €, selon le contrat choisi par l'assuré
Suède	Plafond annuel de dépenses de 522 €
Suisse	Plafond de dépenses compris entre 600 € et 2 000 €, selon le contrat choisi par l'assuré

Les mesures fiscales

En Allemagne, à côté du mécanisme d'exonération, un dégrèvement d'impôt sur le revenu est accordé pour une dépense de soins de santé (partage du coût) supérieure à 600 euros par an et représentant un certain pourcentage du revenu annuel du ménage.

3.4 – La réassurabilité du reste à charge et le rôle de l'assurance maladie privée

Selon Thomson *et al.* (2003), le recours à une assurance privée complémentaire peut être considéré comme un mécanisme de protection implicite, au même titre que les effets de substitution dans les prescriptions. Toutefois, elle ne joue qu'un rôle mineur en Allemagne et en Belgique, étant donné que la dépense socialisée est relativement large et qu'elle est associée à des mécanismes de plafonnement de la dépense. Elle ne concerne donc que la prise en charge de certaines dépenses accessoires (chambre particulière...). Par ailleurs, dans certains pays, le reste à charge n'est pas réassurable : c'est le cas en Suisse et en Allemagne pour les dépenses pharmaceutiques.

Plafonds annuels de dépenses et rôle de l'assurance maladie volontaire

L'existence de mécanismes institutionnels de protection des individus modifie très nettement les risques auxquels sont confrontés ces individus. Le tableau 3.7 montre ainsi que dans les cinq pays étudiés, la participation financière des patients¹⁰ est plafonnée, indépendamment

11. Il faut noter que seule la participation financière des patients est plafonnée. Les dépenses liées à la consommation de biens et services médicaux qui ne sont pas inclus dans le panier de soins ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

des caractéristiques individuelles autres que celles liées au revenu. Par exemple, tout citoyen suédois est assuré de ne pas avoir, à sa charge, une dépense de santé annuelle supérieure à 522 euros ; en Allemagne, les dépenses privées des ménages affectées à la santé ne peuvent pas dépasser 2 % du revenu annuel des ménages...

L'intervention des assurances maladies de type complémentaire (*i.e.* couvrant le reste à charge) est donc relativement réduite par rapport à la situation prévalant en France. À l'exception de la Belgique, cette intervention est même très limitée dans les pays étudiés : elle est interdite en Suisse (en raison de son impact en termes de responsabilisation des patients) ; très marginale en Allemagne et limitée à des services peu couverts comme les prothèses dentaires ; inexistante aux Pays-Bas et en Suède.

Pour autant, il existe un marché pour une assurance privée volontaire dans ces pays, ce marché étant orienté vers une assurance « duplicative », qui donne accès à un circuit totalement privé ¹¹, ou vers une assurance « supplémentaire », qui offre une garantie pour des biens et services exclus du panier de soins pris en charge par l'assurance obligatoire (tableau 3.8).

Tableau 3.8 : Typologie de l'assurance maladie privée et plafonds du RAC

	Plafond annuel de dépenses	Type d'assurance maladie privée	Part des assurances privées dans les dépenses totales de santé*
Allemagne	2 % du revenu annuel des ménages	Supplémentaire Complémentaire (interdite pour les médicaments)	8,8 %
Belgique	450 € à 1 800 €	Complémentaire Supplémentaire	3,4 %
France	Aucun	Complémentaire	12,2 %
Pays-Bas	0 € à 500 €	Supplémentaire	17,9 %
Suède	522 €	Duplicative	1,7 %
Suisse	600 € à 2 000 €	Supplémentaire	9 %

* Source : Éco-Santé OCDE, 2006 – données 2003.
RAC : reste à charge

12. Ce type d'assurance permet ainsi dans les systèmes nationaux de santé d'avoir accès à une offre privée qui permet de contourner les listes d'attente du secteur public.

4. ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DU PARTAGE DU COÛT

Cette dernière section présente à la fois des éléments généraux issus de la littérature sur le *cost sharing* et des éléments plus spécifiques qui ont pu être recueillis pour les cinq pays étudiés. L'évaluation des politiques de participation financière de la demande met généralement en balance l'efficacité de ces politiques – dans quelle mesure elles permettent d'atteindre les objectifs fixés, en général la réduction des dépenses publiques *via* la responsabilisation de la demande et l'augmentation de la part prise en charge par les individus eux-mêmes – et leur impact en termes d'équité.

4.1 – La participation financière de la demande dans le domaine de la santé : les principaux enseignements de la littérature

L'évaluation des politiques de participation financière de la demande dans le domaine de la santé a donné lieu à une abondante littérature à la fois théorique et empirique en économie de la santé.

Sur le plan théorique, les analyses empruntent pour la plupart à l'économie de l'assurance et reposent sur la notion d'aléa moral, qui a été développée pour décrire des phénomènes liés à l'asymétrie d'information entre assureur et assurés. Schématiquement, l'aléa moral se manifeste sous deux formes :

- l'aléa moral *ex ante*, qui se traduit par un recours insuffisant à la prévention ;
- l'aléa moral *ex post*, qui se manifeste par une surconsommation de soins.

Les principaux résultats théoriques montrent que, pour atténuer l'effet de l'aléa moral, il est nécessaire d'avoir recours à des mécanismes de participation financière de la demande¹², qui incitent les patients/assurés à prendre en compte l'impact financier de leur consommation de soins. Dans le domaine de la santé, il a, par ailleurs, été montré que l'aléa moral *ex post* est, potentiellement, beaucoup plus important que l'aléa moral *ex ante*¹³.

À ces arguments, on peut toutefois opposer les spécificités du marché de la santé. Si le modèle néoclassique prédit bien une surconsommation qui peut être combattue par l'instauration d'une participation financière de la demande, il repose sur l'indépendance de l'offre et de la demande et sur une information pure et parfaite des consommateurs. Or, dans le champ de la santé, ces deux hypothèses ne sont pas vérifiées : d'une part, la décision de

13. Dès lors que le régulateur est en asymétrie d'information et ne peut pas contrôler les choix des patients.

14. Ce résultat repose sur le fait que l'assurance maladie protège des conséquences financières de la maladie mais pas d'une détérioration durable de l'état de santé : la prévention des maladies garde donc un intérêt fort pour les individus.

consommation est largement dépendante des « prescriptions » des offreurs et, d'autre part, les patients ne sont pas, le plus souvent, en mesure d'évaluer la qualité des biens et services qu'ils utilisent.

Les validations empiriques concernant l'impact de l'aléa moral et l'efficacité des politiques de participation financière de la demande sont bien plus délicates. S'il a pu être prouvé que les individus assurés ont une consommation de biens et services de santé plus élevée (et ce de manière proportionnelle à leur niveau de couverture), ne s'agit-il pas tout simplement de l'objectif même de la mise en place d'une assurance maladie : permettre au plus grand nombre d'avoir accès au système de santé ? Comment peut-on distinguer une augmentation de la consommation *souhaitable* d'une augmentation *excessive* ? Par ailleurs, il est souvent difficile d'identifier un effet propre des politiques de participation financière de la demande : elles s'intègrent le plus souvent dans un ensemble de réformes et ne sont qu'un des instruments utilisés par les régulateurs. Enfin, la question de la mesure et des déterminants de l'état de santé d'une population incite à une grande prudence en ce qui concerne l'incidence de la participation financière des patients sur leur état de santé.

Une revue récente de la littérature sur les expériences européennes en matière de partage du coût par Thomson *et al.* (2003) aboutit aux conclusions suivantes :

- les études européennes ayant étudié l'impact d'une modification du partage du coût sur le recours aux soins démontrent la sensibilité de la demande par rapport au prix, une hausse du reste à charge des patients entraînant une baisse de la consommation (notamment pour les médicaments) ;
- les patients bénéficiant d'une couverture complémentaire qui réassure le partage du coût ont davantage recours au système de santé que les patients dépourvus d'une telle couverture ;
- il n'existe pas d'études mettant en regard l'évolution et la modification de la structure de la consommation de soins et l'évolution de l'état de santé ;
- quelques études ont pu démontrer l'impact négatif du partage du coût sur le recours aux services préventifs, notamment chez les groupes de patients plus vulnérables.

Ces éléments conduisent donc à mettre l'accent sur les effets potentiels des mécanismes de participation financière de la demande en termes d'équité. La participation financière des patients pouvant constituer un frein à la consommation de biens et services de santé des ménages, il est nécessaire de procéder à une évaluation des outils de protection qui peuvent être mobilisés (plafonnement du reste à charge, sélectivité des services soumis à participation financière, recours à l'assurance maladie complémentaire).

4.2 – Éléments d’appréciation des dispositifs de participation financière de la demande dans les pays étudiés

Ce dernier paragraphe, qui propose des éléments d’appréciation des dispositifs de participation financière de la demande et des mécanismes de protection qui y sont associés dans les cinq pays étudiés, repose sur des sources d’information multiples (entretiens, articles de presse, études et évaluations diverses) dont la disponibilité et la qualité méthodologique sont variables. Il ne s’agit donc pas de proposer une évaluation rigoureuse de la participation financière de la demande dans ces cinq pays, mais de mettre en évidence des problématiques, des enjeux et des éléments de réponse qui ressortent du travail mené sur ces pays.

4.2.1 – Ces dispositifs permettent-ils de modérer la croissance des dépenses de santé ?

L’impact des mécanismes de participation financière de la demande sur la croissance des dépenses de santé dépend à la fois de la sensibilité de la demande par rapport au prix et des possibilités éventuelles de report vers des biens et services pour lesquels il n’existe pas de reste à charge.

L’expérience du *no-claim* néerlandais et les débats qui ont entouré ce mécanisme indiquent ainsi que le décalage entre le moment où les assurés consomment des soins et celui où les assurés peuvent éventuellement récupérer une partie des 255 euros qu’ils ont versé en début d’exercice ne permet pas une réelle prise de conscience de l’impact financier des choix de consommation qui peuvent être effectués¹⁴. Ce constat est, de plus, renforcé par le caractère relativement complexe du *no-claim*, les assurés ne comprenant pas toujours le lien entre leur consommation de soins durant l’année écoulée et le montant auquel ils peuvent prétendre à la fin de l’année. Ces critiques ont ainsi conduit le gouvernement néerlandais à annoncer l’abrogation de ce mécanisme au 1^{er} janvier 2008.

La mise en place de prix de référence en Allemagne et aux Pays-Bas nous enseigne aussi que des reports de prescription vers des spécialités pharmaceutiques n’appartenant pas à un groupe thérapeutique soumis à prix de référence peuvent largement limiter l’impact de cette mesure sur les dépenses.

15. Cf. H. Maarse, 2006.

4.2.2 – Ces dispositifs permettent-ils d’orienter cette demande vers les soins plus efficaces ?

La participation financière des patients s’inscrit non seulement dans un objectif de modération des dépenses, mais aussi en tant qu’instrument d’une plus grande efficacité de ces dépenses. Restaurer les arbitrages-prix des patients devrait en effet permettre d’orienter leur consommation vers les biens et services les plus performants.

Là encore, les discussions menées dans les pays étudiés montrent que la réalité est plus complexe. En Suisse, par exemple, malgré un reste à charge relativement élevé, on considère que la demande n’est guère limitée et qu’il conviendrait de reconsidérer le schéma actuel de participation aux coûts. Les principales critiques portent sur la structure uniforme de la participation aux coûts, alors même que l’élasticité-prix des services, le rapport coût-efficacité et les besoins cliniques sont différents. En conséquence, on attend actuellement des politiques de participation qu’elles orientent la consommation vers les soins les plus appropriés (par exemple, services de prévention à efficacité clinique prouvée) et qu’elles découragent les consommations moins souhaitables et plus onéreuses (par exemple, recours aux princeps quand il existe des génériques). C’est pourquoi une partie des discussions porte sur les services à inclure dans le panier de biens et services, car, en dépit des principes affichés d’efficacité, d’adéquation et d’économicité, la plupart des procédures et des services médicaux n’ont pas été formellement évalués (et certaines exclusions pourraient se justifier).

En revanche, l’exonération de la franchise trimestrielle de 10 euros en Allemagne pour les patients adressés par leur médecin généraliste semble avoir eu un effet assez sensible sur les modes de recours aux soins. Selon les dernières estimations de l’Association fédérale des médecins, une diminution de 8,7 % du nombre de cas traités a été enregistrée pour l’ensemble de l’année 2004, avec une très forte baisse pour les opticiens, chirurgiens, gynécologues, ORL, dermatologues, orthopédistes et urologues. La moindre réduction de l’activité des médecins généralistes montre que les assurés se rendent en premier lieu chez leur généraliste et qu’un contact inutile avec un médecin spécialiste est ainsi évité.

La Belgique envisage aussi d’avoir recours à ce type de mesure : d’une part, en modulant la participation financière des patients pour l’accès aux urgences hospitalières – un patient adressé par un médecin généraliste ou présentant des critères objectifs de réelle urgence payant un copaiement moins élevé qu’un autre – et, d’autre part, en durcissant les conditions de remboursement de certaines spécialités thérapeutiques telles que les antibiotiques, avec

toutefois une responsabilisation en amont par le biais de campagnes d'information visant les assurés et les prescripteurs.

4.2.3 – Les règles déterminant le reste à charge sont-elles équitables ?

Ce dernier paragraphe est indubitablement le plus complexe.

Tout d'abord parce que le reste à charge réel des patients dépend non seulement des règles qui définissent le reste à charge, mais aussi de l'application réelle de ces règles. En Allemagne, par exemple, plus de 60 % des patients ignorent le fonctionnement (voire l'existence) des mécanismes d'exonérations, donc certains patients éligibles ne profitent pas des mécanismes de protection institués.

Ensuite, simplement parce que la notion d'équité renvoie à des conceptions différentes selon les interlocuteurs et dépend vraisemblablement des traditions culturelles.

Deux conceptions de l'équité peuvent ainsi être distinguées :

1. l'équité horizontale correspond à un partage égal entre tous les membres d'une communauté des coûts des services. Dans le cadre de l'assurance maladie, ce principe suggère que le reste à charge des malades les plus lourds ne doit pas être supérieur à celui des « bien-portants » ;
2. l'équité verticale est l'organisation du financement en fonction des capacités à payer des populations. Cela signifie, en particulier que l'effort financier des ménages lié aux politiques de participation financière des patients ne doit pas être supérieur pour les ménages ayant les revenus les plus faibles que pour les ménages ayant des revenus plus élevés.

En termes *d'équité horizontale*, les données disponibles dans les pays étudiés tendent à montrer que les patients les plus âgés s'acquittent d'une participation financière plus élevée. Ainsi, en Allemagne, les études montrent que la dépense privée consacrée à l'achat de médicaments augmente avec l'âge des patients (cf. tableau 4.1), bien que ce phénomène tende à diminuer depuis 1997. La participation financière demandée aux patients pour les dépenses d'hospitalisation (qui est toutefois limitée à 280 euros par an) et celles de médicaments est en effet liée à leur recours réel. Cependant, ce lien est moins fort pour les soins ambulatoires (où seuls peuvent être distingués les patients n'ayant pas eu de recours aux soins et ceux ayant eu au moins un recours durant le trimestre). De plus, les dépenses à la charge des patients atteints de maladie chronique étant plafonnées à 1 % des revenus

annuels, les mesures de participation financière de ces patients n'ont pas d'incidence majeure en termes d'équité horizontale.

Tableau 4.1 : Participation financière pour les médicaments selon l'âge et le sexe, 1997-2002.

Âge (ans)	< 20		21-40		41-60		> 60		Moyenne
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	
1997 (€)	1,7	1,4	11,3	17,7	27,8	39,7	75,9	80,8	31,8
2002 (€)	0,45	1,11	10,5	16,8	24,3	34,0	50,4	55,6	24,1
Évolution 1997-2002	-74%	-21%	-7%	-5%	-13%	-14%	-34%	-31%	-24%

Source: d'après GKV-Arzneimittelindex im Wissenschaftliches Institut der AOK (Wido), in Gericke *et al.*, 2004

De même, aux Pays-Bas, la participation financière des patients est indépendante de leur consommation réelle au-delà du montant de la franchise annuelle, 92 % de la population néerlandaise étant couvert par un contrat sans franchise. Le mécanisme du *no-claim* a toutefois été accusé de désavantager les malades chroniques qui, effectivement, ne bénéficient généralement pas du reversement de 255 euros.

En revanche, en Belgique, l'impact des mécanismes de participation financière de la demande sur les malades les plus lourds a été plus discuté. En particulier, une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur les dépassements montre une forte hausse des restes à charge pour les patients atteints de maladie chronique. En effet, le reste à charge étant proportionnel à la consommation réelle, les patients dont la consommation est la plus forte s'acquittent des montants les plus élevés. Selon les données du KCE, environ 7,5 % de la population a dû payer plus de 1000 euros au titre des tickets modérateurs en 2003. Les mécanismes de plafonnement des restes à charge (le maximum à facturer) interviennent toutefois pour limiter le montant à la charge des malades chroniques en fonction des revenus : les personnes dont le revenu annuel est inférieur à 23 282 euros ne peuvent en aucun cas avoir un reste à charge supérieur à 650 euros.

En termes *d'équité verticale*, les mécanismes de plafonnement mis en place dans les cinq pays étudiés jouent un rôle majeur. Cependant, le graphique 2.2 montre que la part du budget des ménages consacrée à la santé est, dans un certain nombre de pays, plus élevée pour les ménages les pauvres¹⁵. Ce résultat est, au moins en partie, lié au fait que les ménages les plus pauvres sont aussi ceux qui ont le plus recours aux soins (on observe une corrélation négative entre niveau de revenus et état de santé).

16. Il faut toutefois souligner que les données utilisées ne permettent pas d'isoler les dépenses à la charge des ménages au titre de la participation financière et celles qui relèvent des dépenses de santé qui ne sont pas comprises dans le panier de biens et services de santé.

En Suède, le renoncement aux soins pour raisons financières reste marginal, étant donné le bas niveau des plafonds. Compte tenu des mécanismes de protection, on observe que plus d'un tiers des consultations ne donne pas lieu à une participation financière des patients et que plus de 10 % de la population bénéficie d'une prise en charge totale des dépenses pharmaceutiques – dans la mesure où ils ont atteint le plafond de 200 euros par période de 12 mois.

En Allemagne, selon différentes études (Busse, Riesberg, 2004), le nombre de personnes entièrement exonérées de participation financière a triplé entre 1993 et 2000, passant de 10 % de la population à environ 30 % (14 % environ sans les enfants). En 2001, 47 % des prescriptions étaient exonérées de copaiements.

En Suisse, bien que le reste à charge apparaisse comme le plus élevé des pays étudiés (et des pays de l'OCDE avec la Grèce), une étude récente de l'OCDE (2006) conclut que le « système de santé semble donc fournir les traitements sur la base des besoins individuels plutôt que sur la base de la capacité à payer, du moins pour ce qui est des soins hospitaliers et des soins primaires »¹⁶.

17. Cf. Rapport OCDE Suisse (2006), p. 108.

5. QUELS ENSEIGNEMENTS TIRER DE CES COMPARAISONS INTERNATIONALES ?

Cette présentation des instruments de participation financière dans cinq pays européens met en évidence quatre points cruciaux :

1. Le recours aux dépenses privées des ménages pour financer les soins est généralisé dans les pays étudiés.
2. Les dépenses à la charge des ménages au titre de la participation financière de la demande sont plafonnées dans tous ces pays. Ce plafonnement est un élément essentiel de l'évaluation des dispositifs de participation financière de la demande en termes d'équité.
3. Ce plafonnement a un impact sur le marché de l'assurance maladie volontaire et définit le champ d'intervention d'une assurance de type complémentaire.
4. Lorsque les modalités et le montant de la participation financière des patients sont différenciés en fonction du type de services et de biens, cet instrument peut modifier la structure de la consommation.

RÉFÉRENCES

GÉNÉRAL

Direction de la Sécurité Sociale. L'assurance maladie complémentaire: comparaisons internationales. Paris: DSS; 2003.

Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ* 2005;6(Suppl):S2-10.

Thomson S, Mossialos E, Jemai N. User charges for health services in the European Union: report prepared for the Directorate General for Employment and Social Affairs of the European Commission. London: London School of Economics and Political Science; 2003.

ALLEMAGNE

Statistisches Bundesamt Deutschland 2007.
<<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>> .

Bode I. Financement solidaire et gouvernance concurrentielle - le modèle allemand d'organisation de la santé en débat. *Rev Fr Aff Soc* 2006;20(2-3):191-215.

Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition. Germany. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

Busse R, Stargardt T, Schreyogg J. Determining the "Health Benefit Basket" of the Statutory Health Insurance scheme in Germany: methodologies and criteria. *Eur J Health Econ* 2005;6(Suppl):S30-6.

Cohu S, Lequet-Slama D, Volovitch P. Réforme des système de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence. *Etudes et Résultats* 2005;445.

Di-Frenna C. Le reste à charge des patients en Allemagne. Note de l'Ambassade de France en Allemagne. 2007.

Gericke C, Wismar M, Busse R. Cost-sharing in the german health care system 2003. <<http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf>> .

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Allemagne. *MISSOC Info 02/2005* 2005.
<http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_de_fr.pdf> .

BELGIQUE

Corens D. Health system review: Belgium. *Health Systems in Transition* 2007;9(2):1-172.

De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, Van Ourti T, Van de Voorde C. Contributions personnelles en matière de soins de santé en Belgique. L'impact des suppléments. *KCE reports vol. 50B*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2006.

Demotte R. Le Budget 2007 de l'Assurance maladie, un budget pour diminuer la facture du patient. Conférence de presse du 16 octobre 2006.
<http://www.rudydemotte.be/communiqués_asp/budget07ssfr.doc> .

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Belgique. MISSOC Info 02/2005 2005. <http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_be_fr.pdf> .

PAYS-BAS

Statistics Netherlands <<http://www.cbs.nl/en-GB/default.htm>> .

den Exter A, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition. Netherlands. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

Maarse H. The no-claim arrangement in health insurance. *Health Policy Monitor* 2006. <<http://www.hpm.org/survey/nl/a8/2>> .

Maarse H. "Health Insurance Reform 2006". *Health Policy Monitor* 2006. <<http://www.hpm.org/survey/nl/a7/1>> .

Ministère de la santé du bien-être et des sports. Assurances maladie aux Pays-Bas : le nouveau système de soins de santé 2006. La Haye: Ministère de la santé, du bien-être et des sports; 2006.

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Pays Bas. MISSOC Info 02/2005 2005. <http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_nl_fr.pdf> .

SUÈDE

Statistics Sweden. <<http://www.scb.se/>> .

Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health care systems in transition. Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2005.

Rae D. Getting better value for money from Sweden's health care system. Economics department working papers No. 443. Paris: OECD; 2005.

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Suède. MISSOC Info 02/2005 2005. <http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_sv_fr.pdf> .

SUISSE

Assemblée fédérale de la Confédération suisse. Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994 1994. <<http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf>> .

Office fédéral de la statistique. Le portail Statistique suisse <<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html>> .

Organisation de coopération et de développement économiques, Organisation mondiale de la santé. Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Genève: OCDE; 2006.

Système d'information mutuelle sur la protection sociale. Soins de santé : participation du patient. Suisse. MISSOC Info 02/2005 2005. <http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/2005/02/2005_02_ch_fr.pdf> .

Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire s'est limitée aux données des pays européens suivants : la France, l'Allemagne, la Belgique, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas, l'Espagne et l'Italie.

Sources de données :

- Medline (National Library of Medicine, USA)

Les mots clés utilisés ont été :

(Patient charges OU User charges OU Out of pocket OU Fees and Charges OU Financing, Personal) ET (Europe OU Sweden OU Spain OU Italy OU Netherlands OU Germany OU France OU Belgium OU Switzerland)

Les sites Internet suivants ont été explorés et leurs publications exploitées :

- Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé
- Système d'information mutuelle sur la protection sociale dans les États membres de l'Union européenne (MISSOC)
- Office statistique des communautés européennes (Eurostat)
- Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE)
- Health Evidence Network (HEN)
- European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP)

En complément, les sites officiels des ministères de la Santé et des Affaires sociales et ceux des organismes de statistiques publics de chaque pays concerné ont été exploités.

Par ailleurs, les contacts suivants ont été mobilisés : CNAMTS, DSS, réseaux des conseillers sociaux du ministère de la Santé et des Solidarités, ambassade des Pays-Bas.