

## 10-6

# PARTICIPATION FINANCIERE DES PATIENTS EN EUROPE

---

La plupart des pays européens ont mis en place des mécanismes de partage des coûts avec l'instauration de dispositifs de participation financière des patients, en particulier pour les dépenses pharmaceutiques, mais aussi pour les soins ambulatoires ou hospitaliers. En marge de ces mécanismes de partage, les versements directs des ménages sont aussi constitués des dépassements d'honoraires et des frais liés à l'automédication.

Cette fiche s'intéresse à l'évolution de la part des dépenses de santé à la charge des ménages qui en résulte. L'attention se concentre sur les versements directs qui n'intègrent pas, par construction, le financement par les assurances privées également à la charge des ménages à travers leurs primes<sup>1</sup>.

### Les différentes modalités de participation financière des patients

Les mécanismes de participation financière se développent en visant à concilier deux objectifs : influencer sur les comportements de recours aux soins et protéger plus particulièrement certains bénéficiaires des soins d'une trop lourde charge financière.

Selon la typologie établie par la Haute Autorité de Santé<sup>2</sup>, les dispositifs de participation financière peuvent prendre plusieurs formes :

- le **co-paiement** : montant forfaitaire payé par le patient indépendamment du coût du soin,
- la **franchise** : montant, le plus souvent défini sur 12 mois, au-delà duquel la prise en charge publique intervient<sup>3</sup>.
- le **ticket modérateur** : il s'agit d'un montant versé par le patient pour prendre en charge une partie du coût, le reste revenant à l'assurance maladie publique ou privée.
- le **tarif de référence** : dans ce cas un montant fixe est pris en charge par l'assureur privé ou le financeur public et la différence entre ce montant et le prix facturé reste à la charge du patient.

En parallèle, différents mécanismes de protection sont mis en place pour limiter l'impact de cette participation sur le revenu des ménages, il peut s'agir (cf. tableau 1) :

- de mécanismes généraux de plafonnement du reste à charge sur une période donnée, proportionnels au revenu (cas de l'Allemagne) ou indépendants et forfaitaires (cas des Pays-Bas, de la Norvège et de la France).
- de mesures spécifiques visant à exonérer de participation forfaitaire certaines populations particulières comme les malades chroniques<sup>4</sup>, les enfants, les femmes enceintes et les personnes à faibles ressources financières<sup>5</sup>. Par exemple, en Allemagne, le reste à charge est limité à 1% du revenu pour les malades chroniques au lieu de 2% pour la population générale.

---

<sup>1</sup> Les systèmes publics sont financés par les assurés soit par un impôt sur leurs revenus soit par des cotisations salariales et patronales. Le financement de ces systèmes est obligatoire et s'inscrit dans une démarche de service public, contrairement à l'assurance privée qui relève d'une démarche d'adhésion des particuliers et des entreprises.

<sup>2</sup> « La participation des patients aux dépenses de santé dans 5 pays européens », HAS, sept. 2007

<sup>3</sup> Ce type de franchise se nomme franchise au 1<sup>er</sup> euro ; la franchise mise récemment en place en France est une franchise additive qui vient réduire le montant remboursé.

<sup>4</sup> En 2006 en France, la part du reste à charge dans la dépense totale individuelle des patients chroniques est en moyenne trois fois inférieure à celle des autres patients.

<sup>5</sup> En France, la CMU-C couvre le reste à charge des personnes à bas revenu. A une personne seule, elle est accordée si son revenu mensuel ne dépasse pas 627 €.

Tableau 1– Les différents modes de participation financière selon les pays - Situation au 1er janvier 2009

<b>Allemagne</b>	
<b>Médecine de ville</b>	Franchise de 10 € par trimestre lors de la première consultation (généraliste ou spécialiste).
<b>Soins hospitaliers</b>	Forfait de 10€ par jour dans la limite de 28 jours par année civile.
<b>Médicaments et soins paramédicaux</b>	Participation de l'assuré à hauteur de 10% du prix de vente avec un minimum de 5 et maximum de 10€ par article pour les médicaments et soins paramédicaux.
<b>Optique, Prothèses dentaires</b>	Prothèses dentaires : l'assuré perçoit un versement complémentaire de 50% aux frais de soins avec prothèse dentaire avec une quote-part qui peut augmenter lorsque les soins dentaires doivent être réguliers (10%) et de 5% lorsque l'assuré s'est régulièrement fait soigner les dents.
<b>Mécanismes de plafonnement/exonération du reste à charge</b>	Participation du patient limitée à 2% du revenu net de l'assuré (1% pour les malades chroniques), exemption de participation pour les enfants et réduction de la participation si l'assuré participe aux services de dépistage.
<b>Royaume-Uni</b>	
<b>Médecine de ville</b>	Pas de participation du patient dans le cadre des prestations du service national de santé.
<b>Soins hospitaliers</b>	Pas de participation pour les patients hospitalisés.
<b>Médicaments et soins paramédicaux</b>	Participation de 7,39€ par produit prescrit. L'achat d'un certificat prépayé d'ordonnances pour un an (107€) ou 3 mois (29€) permet une économie importante pour les personnes ayant régulièrement besoin de médicaments.
<b>Optique, Prothèses dentaires</b>	Soins dentaires : trois participations standard (17€, 46€ et 206€) pour les soins dentaires délivrés par le Service National de Santé selon le traitement nécessaire. Lunettes: pour l'achat, des bons peuvent être accordés à certains groupes: enfants de moins de 16 ou 19 ans, étudiants à temps plein, bénéficiaires de certaines aides sociales, chômeurs, personnes à bas revenus ou personnes nécessitant des verres de vue spéciaux.
<b>Mécanismes de plafonnement/exonération du reste à charge</b>	Pas de participation sur les médicaments et soins dentaires pour les enfants de moins de 16 ans (18 ans pour les médicaments), étudiants de 16 à 18 ans (18 ans pour les médicaments), personnes âgées de 60 ans et plus, femmes enceintes, mères d'un enfant de moins d'un an, certains pensionnés de guerre (pour des handicaps reconnus), certains chômeurs, les personnes à faibles revenus et les personnes souffrant de certaines maladies. Concernant les soins dentaires, les personnes aux revenus modestes peuvent recevoir une aide pour le coût du traitement.
<b>Norvège</b>	
<b>Médecine de ville</b>	Jusqu'à un plafond de 184 € par an, le patient verse une participation pour la consultation de médecins
<b>Soins hospitaliers</b>	Pas de participation pour les patients hospitalisés.
<b>Médicaments et soins paramédicaux</b>	Le patient supporte les coûts des médicaments de moindre importance même s'ils ont été prescrits par le médecin. Sous certaines conditions, un remboursement de 90% des coûts annuels dépassant 165€ est possible. Pour les médicaments importants, la participation du patient s'élève à 36% jusqu'à un plafond de 54€ par trimestre. L'assurance nationale paie, en raison des conventions passées généralement avec les pharmacies, le reste des coûts.
<b>Optique, Prothèses dentaires</b>	Les soins de base publics sont gratuits jusqu'à l'âge de 18 ans et nécessitent une participation limitée entre 18 et 20 ans.
<b>Franchise tous bien et services</b>	Jusqu'à un plafond de 184€ par an, le patient verse une participation pour la consultation de médecins ainsi que pour les produits pharmaceutiques. Un deuxième plafond de 264€ concerne la participation aux frais pour la physiothérapie, les soins dentaires, les voyages organisés en cure et les séjours dans les centres de rééducation.
<b>Mécanismes de plafonnement/exonération du reste à charge</b>	Les enfants de moins de 12 ans sont exemptés des frais. La participation des enfants entre 12 et 16 ans est prise en compte pour le plafond d'un des deux parents. Des exemptions spéciales sont appliquées à certaines maladies et catégories de patients. Pas de participation dans le cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.
<b>France</b>	
<b>Médecine de ville</b>	Forfait de 1€ par consultation (idem pour les actes de biologie et actes réalisés par un médecin); Ticket modérateur de 30% pour les généralistes et spécialistes.
<b>Soins hospitaliers</b>	Forfait journalier de 16€ et ticket modérateur de 20%. Participation forfaitaire de 18€ pour les actes lourds > à 91€.
<b>Médicaments et soins paramédicaux</b>	Ticket modérateur de 0 à 65%. Tarifs forfaitaires de responsabilité (prix de référence) pour les groupes génériques. Forfait de 0,5€ par boîte de médicaments et par acte paramédical (avec un plafond journalier de 2€ pour les actes paramédicaux).
<b>Optique, Prothèses dentaires</b>	Prothèses dentaires: Remboursement selon tarif fixé et ticket modérateur de 30%; Optique: Remboursement sur tarif de référence.
<b>Mécanismes de plafonnement/exonération du reste à charge</b>	Prise en charge à 100% du tarif de base de remboursement pour certaines catégories de population: titulaires d'une pension d'invalidité ou en accident du travail et maladies professionnelles, femmes enceintes, personnes atteintes d'affections de longue durée, personnes disposant de faibles ressources (627€ par mois pour une personne seule en juillet 2009). Participations forfaitaires et franchises limitées à 50€ par personne et par an, dont participations de 1€ sur les consultations plafonnées à 4€ par jour et franchises sur les actes paramédicaux limité à 2€ par jour. Exonération de la participation forfaitaire de 1€ sur les consultations, du forfait journalier hospitalier et des franchises pour certaines catégories de population (enfants de moins de 18 ans, femmes enceintes à partir du 6ème mois et personnes disposant de faibles ressources notamment).

Note : Les différentes modalités de contribution des patients sont ici présentées avant prise en charge par les assurances complémentaires.

Source : Rapport HAS, sept. 2007 et Commission européenne (MISSOC) - Missoc Info 2/2005 et situation au 1er janv. 2009.

### **La part des versements directs des assurés français est parmi les plus faibles en Europe**

En 2007, sur l'échantillon retenu (cf. encadré 1), les Pays-Bas et la France se distinguent comme les pays où les versements directs des ménages sont les plus faibles (respectivement 6% et 7%) (cf. graphique 1) En termes absolus, la participation nette des assurés aux dépenses de santé est plus forte lorsque la dépense totale est aussi la plus élevée comme en Suisse (1350 \$) et en Norvège (750 \$). Mais relativement à la dépense totale, c'est, après la Suisse (31 %), en Espagne et en Italie que la participation des ménages est la plus forte, respectivement 21 et 20 %. Conformément au constat de l'OCDE, c'est dans les pays où la dépense publique est financée par l'impôt que la participation des ménages apparaît plus importante.

Dans les pays où la Sécurité sociale prend en charge l'essentiel de la dépense de santé, la part des organismes d'assurance privés est plus élevée, notamment en France où elle représente 14 % de la dépense. Les assureurs privés semblent avoir une place plus importante lorsque les assurés n'ont que peu de visibilité sur le montant maximal que peut atteindre leur reste à charge. Dans certains pays, l'incertitude sur ce montant peut se concentrer sur une fraction du panier de soins (optique, dentaire), orientant *de facto* le champ d'intervention des assureurs privés. Dans d'autres pays, il existe un champ réservé aux assureurs privés comme en Allemagne où leur importance est due au fait qu'ils peuvent se substituer à la Sécurité sociale pour les assurés aux plus hauts revenus.

### **Depuis 2003, la participation réelle des assurés augmente surtout dans les pays où prédomine un système de sécurité sociale**

Globalement, il apparaît que la prise en charge publique tend plutôt à baisser pour les systèmes de Sécurité sociale : de 2 points en Allemagne entre 2003 et 2007, de 0,3 point en Belgique entre 2005 et 2007 et de 0,3 point en France depuis 2003 selon l'OCDE. Dans ces pays, la baisse se traduit automatiquement par une hausse de la part des autres financeurs mais cela ne modifie pas de manière substantielle les caractéristiques des systèmes considérés (cf. graphique 2). Ainsi, on assiste à une augmentation de la part de la participation directe des assurés, comme c'est le cas en Allemagne où elle est passée de 11,7 % en 2003 à 13,1% en 2007, mais aussi à une augmentation de la part de leur participation indirecte via les organismes privés, financés par leurs primes. C'est le cas en France où la part de ces organismes s'est accrue de 0,4 point depuis 2003, mais aussi en Belgique (5,4 % en 2003 à 5,9 % en 2007) et en Allemagne (9,6 à 10 %).

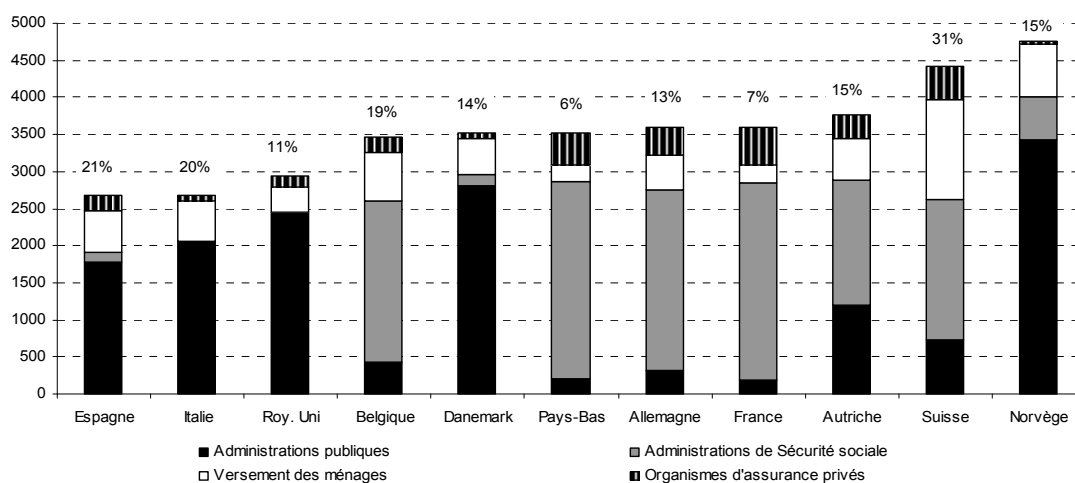
En revanche, là où la dépense publique de santé est financée par l'impôt, la part publique tend à augmenter. Par exemple, au Royaume-Uni, la part publique est passée de 80,1 % en 2003 à 81,4 % en 2007, du fait d'investissements publics massifs pour améliorer l'offre de soins ; la part des dépenses totales de santé dans le PIB y est passée de 7,7 % à 8,4 % entre 2003 et 2007. Dans la plupart des cas où la part publique augmente, puisque la part des organismes complémentaires est relativement faible, la participation directe des ménages baisse. Dans certains cas, la part des organismes d'assurance privée baisse également, mais dans d'autres elle augmente suite à une baisse plus prononcée de la part de la participation directe des ménages. Il semblerait ainsi que les systèmes de financement par l'impôt souffrent moins du paradigme actuel de réduction du coin salarial. En effet, dans les systèmes financés par les cotisations sociales, afin de ne pas alourdir le coût du travail, une partie des dépenses de protection sociale est transférée vers les autres financeurs, *in fine* les ménages, afin de soutenir une dépense qui tend à augmenter plus vite que les recettes. Les systèmes où la dépense publique de santé est financée par l'impôt peuvent bénéficier d'une réallocation du budget au détriment d'autres services publics étatiques si les recettes d'impôt n'augmentent pas au rythme de la dépense de santé.

**Encadré 1 - Echantillon et données**

L'échantillon se compose de deux types de pays. Ceux dont la dépense publique de santé est financée principalement par l'impôt (le Danemark, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni, et la Norvège) et ceux dont la dépense publique est financée principalement par des cotisations sociales (l'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays-Bas et la Suisse). L'Autriche est dans une position intermédiaire puisque 41 % de sa dépense de santé publique en 2007 est financée par l'impôt.

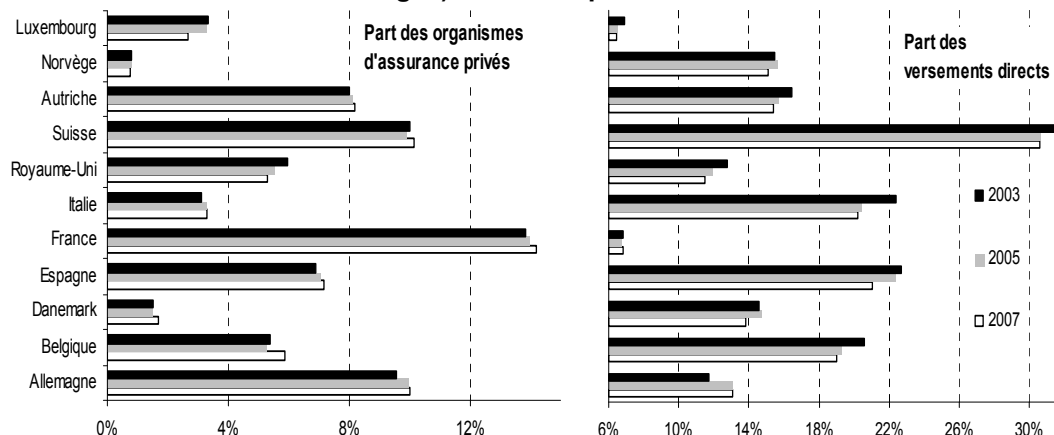
La dépense considérée pour comparer les pays est la dépense totale de santé par tête exprimée en dollars, convertie par parité de pouvoir d'achat ce qui permet de prendre en compte les différences de prix entre pays. Cette dépense par tête est décomposée par financeur. Ainsi, apparaissent la dépense publique (financée soit par les administrations publiques soit par les administrations de Sécurité sociale) et la dépense privée qui peut être soit une participation directe des ménages à la dépense soit une participation indirecte « volontaire », via les organismes d'assurance privés. Les données sont fournies par l'OCDE sur la base de données nationales (données DREES pour la France).

**Graphique 1. Répartition par financeur de la dépense totale de santé par tête en 2007 (en parité de pouvoir d'achat) et versements nets des assurés en %**



Source : OCDE. Notes de lecture : en Espagne les versements nets des assurés représentent 21 % de la dépense totale de santé par tête – celle-ci varie de moins de 2700 \$ pour l'Espagne et l'Italie à plus de 4700 \$ pour la Norvège. Pour la France, la part des versements directs des ménages apparaît ici inférieure à celle publiée dans les Comptes de la santé (9,0% en 2007) car elle est calculée par rapport à la dépense totale de santé qui couvre un champ plus large que la consommation de soins et biens médicaux (outre les dépenses de soins, elle comprend les dépenses de prévention, les subventions au système de soins, les coûts de gestion et les dépenses en capital du secteur de la santé, ainsi que certaines dépenses liées au handicap et à la dépendance).

**Graphique 2. Evolution des parts privées (assurance privée /versements directs des ménages) dans la dépense de santé**



Source : OCDE.