

## Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe

### *Cost sharing, out of pocket payments and exemption mechanisms in Europe*

Chambaretaud S<sup>1</sup>, Hartmann L<sup>2</sup>

#### Résumé

Cette synthèse propose de comparer les expériences étrangères en terme de participation financière des patients et d'analyser les mécanismes d'exonération (et leur logique) qui ont été, le cas échéant, institués. Nous avons étudié cinq pays européens qui, tout en étant relativement comparables à la France en terme de développement du système de santé, présentent des caractéristiques particulières au regard des mécanismes de participation financière et de protection des patients : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Dans une première partie, nous décrivons les différentes modalités de participation financière des patients mises en œuvre dans ces pays (copaiements, tickets modérateurs, franchises et tarifs de référence). À l'exception des Pays-Bas, où seule une faible part de la population supporte des dépenses liées à la santé dans le cadre des contrats d'assurance avec franchise, les autres pays ont institué des règles différentes en fonction du type de biens et services considérés : consultations, hospitalisations ou pharmacie. En Suède, les montants demandés aux patients sont déterminés au niveau des Comtés alors que les autres pays ont mis en place des règles nationales.

La seconde partie est, quant à elle, consacrée aux mécanismes de protection qui accompagnent ces mesures. Les pays étudiés conjuguent, pour la plupart, des mécanismes ciblés vers les populations les plus vulnérables – en particulier pour les enfants et les femmes enceintes – et des mécanismes généraux qui plafonnent le reste à charge des assurés en fonction, ou non, de leurs revenus.

**Prat Organ Soins 2009;40(1):31-38**

*Mots-clés* : Économie ; assurance maladie ; partage coût ; frais remboursés et ticket modérateur ; étude de cas d'organisation de structure.

#### Summary

This paper focuses on cost-sharing, out-of-pocket payments and exemptions rules in health care systems in five European countries: Belgium, Germany, Netherlands, Sweden and Switzerland. These different experiments provide an interesting point of view on regulation tools on demand side. First, we describe these cost sharing schemes (co-payments, coinsurance, deductibles, ceiling prices). Except in Netherlands where out-of-pockets payments are unusual, several rules apply considering the type of health care consumption (medical, hospital, pharmaceutical). In Sweden, these rules are different between the counties whereas they are applied uniformly in other countries. Second, we study exemption mechanisms associated with cost-sharing rules. These mechanisms are often targeted for specific population (children, pregnant women, chronic diseases) but can also protect the whole population by capping out-of-pockets payments considering income or not.

**Prat Organ Soins 2009;40(1):31-38**

*Keywords*: Economics; insurance, health; cost sharing; deductibles and coinsurance; organizational case studies.

<sup>1</sup> Économiste de la santé, Haute Autorité de santé (lors de la rédaction de cet article).

<sup>2</sup> Maître de conférences en économie, Conservatoire national des arts et métiers, Paris.

Cette synthèse a été réalisée à la suite d'un rapport rédigé pour la Haute Autorité de santé en 2007.

Dans un contexte de forte croissance des dépenses de santé, le financement de ces dépenses devient un enjeu majeur. Le poids des prélèvements obligatoires, l'exigence de 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 de la participation financière des patients dépend de trois types de mesures :

- celles qui déterminent *la population couverte*, autrement dit quels sont les bénéficiaires de la protection sociale contre le risque maladie ;
- celles qui spécifient le type de soins inclus dans la dépense socialisée : c'est ce qui est communément appelé « *panier de soins* », et qui renvoie à un arbitrage de la collectivité sur la nature des dépenses socialement prises en charge [1]<sup>1</sup> ;
- celles, enfin, qui définissent des mécanismes de participation financière des patients et les éventuelles exemptions.

L'objet de cette synthèse est de comparer, dans quelques pays d'Europe, la participation financière des patients en décrivant le contexte institutionnel et les règles définissant ce reste à charge et qui prévalaient entre 2005 et 2006. Quels sont les dispositifs institués dans chaque pays permettant à la fois de responsabiliser les patients au coût des soins (mécanismes de participation financière) et de protéger certains bénéficiaires des soins – voire tous – d'un poids financier trop lourd (mécanismes de protection) ? Telle est la question qui a guidé cette étude.

Les pays retenus 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) [2]. Ces pays ont été choisis pour la comparaison européenne car, bien que le panier de soins soit très comparable, le rôle dévolu à l'Assurance maladie est assez différent, de même que la part du financement privé est très variable.

## FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ : LE PARTAGE PUBLIC/PRIVÉ

### 1. Des sources de financement différentes selon les pays

Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2006) montrent que les dépenses de santé par habitant sont très proches pour ces pays (à l'exception de la Suisse)<sup>2</sup>. 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. Par exemple, les versements annuels nets des ménages s'élevaient à 1 326 € par tête en Suisse – soit environ 30 % de la dépense totale de santé – contre 211 € par tête aux Pays-Bas ou en France – soit moins de 8 % des dépenses totales de santé dans ces deux pays (tableau I).

### 2. La détermination du 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 le cadre de sa détermination : 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

Tableau I  
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 : OCDE Éco santé 2006.

<sup>1</sup> Le panier de soins a fait l'objet d'une étude européenne d'envergure « *Health benefits and service costs in Europe – Health basket* » soutenu par la Commission européenne, 2007, dont les résultats ont été publiés récemment.

<sup>2</sup> Données 2003 d'Éco-Santé 2006. Les données macroéconomiques relatives aux dépenses de santé datent de 2003 et donnent une perspective d'ensemble de leur répartition par le type de financement. Elles ne reflètent donc qu'approximativement la situation étudiée entre 2005 et 2006 pour chacun des pays mais restent toutefois assez significatives.

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 Comités 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 considèrent la rationalisation du panier de soins comme déterminante pour la 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 [3]. En Suisse, comme en Allemagne, les prestations médicales doivent satisfaire aux conditions légales d'efficacité, d'adéquation et d'économicité [4].

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. Les principales différences apparaissent dans le domaine des soins dentaires qui ne sont pris en charge pour les adultes qu'en Allemagne et en Belgique. En d'autres termes, ce n'est pas parce que la participation financière des patients paraît à première vue plus élevée dans certains pays comme la Suisse ou la Belgique que le panier de soins y est moins généreux<sup>3</sup>. Le panier de soins étant finalement assez comparable, l'importance de la participation financière des patients semble dépendre étroitement des mécanismes de prise en charge des dépenses de santé et des

instruments de partage du coût. Naturellement, le reste à charge peut être également influencé par la disposition à payer des patients et l'ampleur de l'automédication, déterminants qu'il n'a pas été possible d'étudier dans le cadre de ce travail.

#### **a) La participation financière des patients pour les soins inclus dans le panier**

On peut considérer qu'il existe quatre principaux instruments de participation financière de la demande dans le domaine de la santé [5] :

- *Le copaiement* : le patient paie un montant forfaitaire pour chaque bien ou service consommé, indépendamment du coût réel (par exemple, cinq euros par consultation).
- *La franchise* : 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 (ou coassurance)* : 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

<sup>3</sup> Par exemple, le catalogue de prise en charge des prestations en Suisse apparaît comme relativement large alors même que les versements nets des ménages sont comme relativement élevés.

d'une offre libérale, prévoit une participation financière des patients. Cependant la réalité est moins tranchée : le poids de la participation financière des patients est relativement comparable en Allemagne, aux Pays-Bas ou en Suède.

### **b) Les franchises annuelles**

Parmi les quatre 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) [4]<sup>4</sup>. Toutefois, la franchise annuelle ne peut pas être supérieure à 1 543 euros. Toutes les dépenses de santé reconnues dans le cadre du panier de soins sont prises en compte pour le calcul de cette franchise.

Aux Pays-Bas, la franchise proposée peut varier entre zéro 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 [6, 7].

Enfin, en Suède, 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 [8].

### **c) 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 existent pour l'accès aux soins médicaux ambulatoires. Ces dispositifs ont souvent été renforcés au cours des dernières années, en particulier pour tenter de contenir les dépenses publiques de santé.

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 2004, mis en place un système de participation financière des patients déterminée sur une base périodique : chaque trimestre, les patients doivent payer 10 euros lors d'une première consultation auprès d'un médecin [9]. 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. Selon les estimations de l'Association fédérale des médecins, cette mesure a entraîné une baisse moyenne de 8,7 % du nombre de consultations, cette baisse étant surtout prononcée pour les consultations de médecins spécialistes.

### **d) 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. Ce copaiement varie de six 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).

### **e) 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. 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.

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 (tableau II). 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.

<sup>4</sup> Ces niveaux sont fixés par la Loi fédérale sur l'Assurance maladie (LAMal).

Tableau II  
Les mécanismes de participation financière de la demande.

	Soins hospitaliers	Consultations généralistes	Consultations spécialistes	Médicaments remboursables	Franchise Tous biens et services
Allemagne	Copaiement : 10 € par jour	10 € par trimestre par praticien consulté même en cas de permanence des soins	0 si adressage par MG	TM 10 % (minimum de 5 € et maximum de 10 €) 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 65 % Prix de référence + 1 € par boîte	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 €

## DES DISPOSITIFS POUR PRÉSERVER L'ÉQUITÉ

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 (tableau III).

### 1. Les dispositifs en faveur des patients atteints de maladies chroniques

On trouve, en Belgique et en Allemagne, des dispositifs spécifiques pour les patients atteints d'une maladie chronique. Ces dispositifs visant 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 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 de soins 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 par an (pour les bénéficiaires de minima sociaux, d'allocations personnes handicapées ou personnes âgées, chômeurs de longue durée) ou 450 euros par an [10]. Notons que ces forfaits de soins concernent des dépenses hors Assurance maladie invalidité. La prise en charge est parfois ciblée pour des prestations spécifiques en fonction de la pathologie.

Les personnes répondant à l'un de ces critères sont considérés comme malades chroniques :

- ayant obtenu l'accord du médecin-conseil pour des soins infirmiers pour une période de trois mois minimum ou pour des soins de kinésithérapie ou de physiothérapie (pathologie lourde) pour une période de six mois minimum ;
- ayant séjourné dans un hôpital pendant une durée totale d'au moins 120 jours ou ayant été admis au moins six fois dans un hôpital durant l'année concernée et l'année précédente ;

Tableau III  
Les mécanismes de protection.

Pays	Mécanisme(s) de protection ciblés	Mécanisme(s) de protection généraux
Allemagne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En fonction de l'état de santé : maladies chroniques</li> <li>– En fonction de l'âge</li> <li>– Dispositif spécifique pour les femmes enceintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plafonds proportionnels au revenu : 2 % du revenu annuel des ménages (population générale)</li> <li>– Plafond annuel de dépenses pour les soins hospitaliers : 280 €</li> </ul>
Belgique	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En fonction de l'état de santé : maladies chroniques</li> <li>– En fonction de l'âge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plafond en fonction des revenus : de 450 € à 1 800 €</li> </ul>
France	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En fonction de l'état de santé : maladies chroniques</li> <li>– En fonction du statut : femmes enceintes, invalides, accidents du travail, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Néant</li> </ul>
Pays-Bas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Néant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plafond annuel de dépenses : entre 0 € et 500 €, selon le contrat choisi par l'assuré</li> </ul>
Suède <sup>a</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En fonction de l'âge</li> <li>– Dispositif spécifique pour les femmes enceintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plafond annuel de dépenses : 522 €</li> </ul>
Suisse	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En fonction de l'âge</li> <li>– Dispositif spécifique pour les femmes enceintes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plafond annuel de dépenses : entre 600 € et 2 000 €, selon le contrat choisi par l'assuré</li> </ul>

<sup>a</sup> Règles nationales.

- bénéficiaires d'une allocation familiale majorée ou d'une allocation d'intégration ;
- bénéficiaires d'une allocation pour l'aide aux personnes âgées ou 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 dépenses 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 [11].

Un patient est considéré comme atteint d'une maladie chronique lorsqu'il est suivi médicalement sur une durée minimum d'un an (traitement dit « de longue durée »), à raison d'au moins une fois par trimestre *et* lorsqu'il est constaté que :

- le patient présente une dépendance de degrés 2 ou 3 en vertu du Livre XI du Code social ;
- *ou* qu'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 ;
- *ou* qu'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 indiquant la nature de la maladie. Parmi les assurés sociaux considérés comme malades chroniques, 3 millions ont bénéficié du plafonnement du reste à charge à 1 %.

## 2. Les autres exonérations et allègements

### *a) Des mesures spécifiques pour les enfants et les adolescents*

Dans la plupart des pays, les enfants et 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.

### *b) Une protection renforcée pour les femmes enceintes*

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

### *c) Un remboursement majoré pour des catégories spécifiques*

En Belgique, les bénéficiaires d'allocation invalidité et personnes âgées dépendantes bénéficient d'un régime

préférentiel<sup>5</sup> qui leur accorde un remboursement 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. Les dispositifs généraux

À côté de ces mesures ciblées sur certaines catégories de population, l'ensemble des pays étudiés utilise des mécanismes de plafonnement de la dépense de santé au titre du reste à charge (tableau III).

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

En *Belgique*, les ménages dont les revenus annuels 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.).

#### b) 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*<sup>6</sup>.

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 d'environ 600 euros jusqu'à près de 2000 euros pour un adulte (en dehors du forfait journalier).

#### c) Les plafonds de participation en proportion du revenu

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

En *Belgique*, il existe des plafonds annuels de dépenses (maximum à facturer) définis en fonction des revenus des ménages (entre 450 euros pour un ménage dont les revenus annuels sont inférieurs à 15 000 euros et 1 800 euros pour les ménages dont les revenus sont supérieurs à 39 000 euros). Au-delà de ces plafonds qui s'appliquent au reste à charge des prestations remboursées, toutes les dépenses incluses dans le panier 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.

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 copaiements ; 1 % pour une personne souffrant d'une maladie chronique sérieuse. L'exonération est appliquée tant que la maladie persiste non seulement au bénéficiaire des soins mais également aux autres membres du foyer.

Remarquons qu'en *Allemagne* comme aux *Pays-Bas*, des déductions fiscales sont également prévues en fonction du reste à charge supporté par les ménages.

## CONCLUSION

Cette étude comparative sur la participation financière des patients en Europe met en évidence deux points importants.

Tout d'abord, dans les cinq pays étudiés, des mécanismes de participation financière des patients ont été institués, dans certains cas malgré des traditions nationales largement en faveur de la gratuité (notamment en

<sup>5</sup> 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 « minimes » – 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 une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 %), et enfin les chômeurs de longue durée âgé (plus d'un an) de 50 ans ou plus (uniquement en cas d'hospitalisation), ainsi que les personnes à charge de ces personnes.

<sup>6</sup> Des plafonds spécifiques sont définis pour les personnes en invalidité ou les plus de 65 ans selon les soins.

Allemagne et aux Pays-Bas). La nature et l'ampleur du mécanisme de participation financière retenu est toutefois très variable entre ces pays. Ainsi, en Suisse le ticket modérateur s'élève à 10 % pour une consultation chez un spécialiste contre 40 % en Belgique<sup>7</sup> ou 10 euros par trimestre en Allemagne.

Toutefois, ces pays ont aussi institué à la fois des mécanismes de protection pour les personnes les plus vulnérables (enfants, malades chroniques) et des plafonds permettant de limiter l'impact financier des mesures de participation financière des patients en termes d'accès aux soins. Ces plafonds, qui peuvent être, ou non liés, au revenu impliquent un partage des risques totalement différent de celui prévalant en France : *de facto*, il est impossible, dans les cinq pays étudiés, de supporter un reste à charge « catastrophique » contrairement à la France où un tel risque, certes très faible, existe.

Remarquons enfin que ces éléments d'analyse restent largement subordonnés aux situations observables entre 2005 et 2006. Depuis lors, les contextes et les données ont évolué, modifiant probablement les conclusions d'une comparaison plus actuelle.

## RÉFÉRENCES

1. Schreyögg 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;Suppl 2-10.

2. Chambaretaud S, Hartmann L. *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens. Document de travail.* Paris : Haute Autorité de santé, 2007.

3. Busse R, Stargardt T, Schreyögg 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.

4. Les autorités fédérales de la Confédération suisse. *Loi fédérale sur l'Assurance maladie (LAMal) du 18 mars 1994. État au 28 mars 2006 [disponible en ligne. [http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832\\_10.html](http://www.admin.ch/ch/f/rs/c832_10.html)].*

5. 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.* Londres: London School of Economics and Political Science ; 2003.

6. Maarse H. *Health Insurance Reform 2006. Health Policy Monitor, mars 2006.*

7. Maarse H. *The no-claim arrangement in health insurance. Health Policy Monitor, October 2006.*

8. Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. *Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé ; 2005.*

9. Gericke C, Wismar M, Busse R. *Cost-sharing in the German health care system. Rapport ; 2004.*

10. *Système d'information mutuelle sur la protection sociale (MISSOC). Soins de santé : participation du patient en Europe. Missoc-info 02/2005.*

11. Busse R, Riesberg A. *Health care system in transition: Germany. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems and Policies; 2004.*

<sup>7</sup> Ce ticket modérateur est relativement élevé mais les exonérations sont nombreuses.