

Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe

Do Out-Of-Pockets Undermine Equity in Healthcare Financing? A Comparison of Healthcare Systems in Europe

Florence Jusot* et Adèle Lemoine**

Résumé – Garantir l'équité dans l'accès aux soins requiert l'équité dans leur financement si l'on veut éviter les renoncements aux soins ou que les soins ne représentent un fardeau financier trop important pour les patients. Pour cela, il s'agit de s'assurer que les soins des plus pauvres soient subventionnés par les personnes plus riches, mais aussi qu'à revenu donné, les personnes en mauvaise santé ne soient pas exposées à des dépenses trop importantes. En pratique, une partie des dépenses de santé reste à la charge des patients dans tous les systèmes européens. Les restes à charge n'étant payés que par les consommateurs de soins, leur existence peut alors compromettre l'équité dans le financement des soins. Nous évaluons la contribution du reste à charge à l'équité verticale et à l'équité horizontale dans le financement des soins pour les personnes d'au moins 50 ans en Europe. À l'aide d'indices de concentration, nous montrons que l'équité dans le financement n'est pas respectée, en particulier dans les systèmes où le reste à charge est le moins réglementé.

Abstract – In order to guarantee equal access to healthcare, it must be funded in an equitable manner to ensure that people are not forced to forgo healthcare and to prevent healthcare from becoming too large a financial burden for patients. This is achieved by ensuring that healthcare received by the poorest people is subsidised by wealthier people, while also ensuring that patients suffering poor health are not burdened with excessive costs for a given income. In practice, patients are required to cover some of their healthcare costs across all European healthcare systems. Since out-of-pockets are only paid by healthcare consumers, their existence may compromise equity in healthcare financing. In this article, we evaluate how out-of-pockets contribute to vertical and horizontal equity in healthcare financing for people aged 50 and over in Europe. Using concentration indices, we demonstrate that equity in financing is not respected, particularly in healthcare systems where out-of-pockets are the least regulated.

JEL : D63, I14

Mots-clés : reste à charge, équité, financement des soins, systèmes de santé

Keywords: out-of-pocket, equity, healthcare financing, healthcare systems

* Université Paris-Dauphine-PSL et IRDES, ** Sciences Po. Correspondance : adele.lemoine@sciencespo.fr

Ce travail a été mené pour le projet EquiRAC dont nous remercions les membres : Damien Bricard, Karine Chevreul, Paul Dourgnon, Antoine Marsaudon et Lise Rochaix, ainsi que toutes les personnes ayant contribué à ce projet. Nous remercions également deux rapporteur.e.s anonymes, Thomas Barnay et Dominique Goux pour leurs remarques et suggestions, les participant.e.s aux 38^e JMA à l'Université de Rennes, à la Conférence de l'EUHEA à l'Université d'Oslo et aux 44^e JESF à l'Université de Lille, Benoît Carré et Christine Le Clainche pour leurs lectures et discussions des versions précédentes de cet article ainsi que Louis Arnault, Sandra Pellet, Elsa Perdrix, Carol Propper, Denis Reynaud, Sandy Tubeuf et Jérôme Wittwer pour leurs commentaires.

Reçu en mars 2023, accepté en janvier 2024.

Les jugements et opinions exprimés par les auteurs n'engagent qu'eux-mêmes, et non les institutions auxquelles ils appartiennent, ni a fortiori l'Insee.

Citation: Jusot, F. & Lemoine, A. (2024). Do Out-Of-Pockets Undermine Equity in Healthcare Financing? A Comparison of Healthcare Systems in Europe. *Economie et Statistique / Economics and Statistics*, 542, 57–78. doi: 10.24187/ecostat.2024.542.2111

Dans l'objectif de responsabiliser les consommateurs de soins, tous les systèmes de santé européens ont instauré le partage des dépenses de santé avec les patients. Autrement dit, le reste à charge existe dans tous ces systèmes. Cependant, le reste à charge peut compromettre l'équité dans l'accès aux soins s'il contribue à des renoncements aux soins ou s'il représente un fardeau financier trop important pour certains individus.

Afin d'assurer l'accès aux soins à tous, les systèmes doivent garantir l'équité dans leur financement (Daniels, 1982 ; 1985 ; Wagstaff & Van Doorslaer, 2000 ; Fleurbaey & Schokkaert, 2009 ; Rochaix & Tubeuf, 2009). Ils doivent ainsi respecter le principe d'équité verticale dans le financement selon lequel les soins des plus démunis sont subventionnés par les plus aisés (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000 ; Rochaix & Tubeuf, 2009 ; Jusot *et al.*, 2016). Ce principe exige que les contributions financières au système de soins augmentent au moins proportionnellement au revenu, indépendamment du risque ou de l'utilisation effective des soins. L'objectif est non seulement de favoriser l'accès aux soins, mais aussi d'éviter que le financement des soins ne représente une part plus élevée du revenu disponible chez les plus pauvres que chez les plus riches. Il s'agit de faire en sorte que le recours aux soins ne contribue pas aux inégalités de niveau de vie disponible.

Garantir l'accès aux soins à tous implique également de ne pas exposer les plus malades à des paiements trop importants, dits « catastrophiques », ou au renoncement aux soins pour raisons financières. La littérature montre que les individus faisant face à des dépenses de santé importantes sont, le plus souvent, des personnes âgées avec un état de santé requérant de nombreux soins, parfois mal couverts (e.g. dentaire, prothèse, etc.), mais aussi des personnes précaires hospitalisées (Franc & Pierre, 2016 ; Perronnin, 2018). Dès lors, le principe d'équité verticale dans le financement des soins se double d'un objectif d'équité horizontale dans le financement des soins, principe qui requiert l'égalité des contributions au système à capacité contributive équivalente, indépendamment du niveau d'utilisation des soins. L'équité horizontale dans le financement des soins revient alors à s'assurer que les individus ne soient pas financièrement responsables de leurs besoins de soins.

En ce qui concerne les contributions au système d'assurance maladie publique, ces deux principes peuvent aisément être respectés puisque le niveau des contributions peut être uniquement

assis sur les niveaux de revenu, sans lien avec l'état de santé. Le respect de ces préceptes de justice sociale est moins évident dans le cas où une part des dépenses de santé reste à la charge des patients. En effet, le reste à charge ne dépend pas uniquement de la capacité à payer, mais aussi de la consommation effective de soins (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). En France, les cotisations à l'assurance maladie obligatoire contribuent positivement à la redistribution des plus riches vers les plus pauvres, alors que les primes d'assurance maladie complémentaire et les restes à charge finaux vont à l'encontre de cette solidarité entre hauts et bas revenus (Jusot *et al.*, 2016). À l'aide de données d'enquête tadjikes, Pellet (2020) montre également que les restes à charge affectent négativement l'équité verticale dans le financement des soins puisqu'ils sont régressifs, c'est-à-dire qu'ils augmentent moins que proportionnellement au revenu.

Cet article propose d'étudier la contribution du reste à charge final, c'est-à-dire après la prise en charge par l'assurance publique et les assurances privées, à l'équité dans le financement des soins. Nous évaluons la contribution du reste à charge à l'équité verticale dans le financement d'une part, mais aussi à l'équité horizontale dans le financement des soins, question que la littérature n'a, à notre connaissance, pas encore exploré. Parce qu'il existe différents types de systèmes de santé en Europe, cette étude est menée dans une perspective comparative entre pays européens. On pourrait en effet s'attendre à ce que le reste à charge contribue davantage aux iniquités dans des systèmes assurantiels, où la part de financement privé est plus importante, sauf si ces systèmes mettent en place des instruments redistributifs qui limitent les paiements directs des patients sous condition de ressources (équité verticale) ou d'une pathologie, indépendamment du revenu (équité horizontale). Pour cette raison, nous explorons la contribution des restes à charge à l'équité dans le financement dans différents pays européens pour trois types de soins dont la prise en charge diffère selon les systèmes : les visites chez le médecin, les soins dentaires et les hospitalisations. Nous utilisons les données du *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) qui interroge des européens âgés de 50 ans ou plus, une population présentant des besoins de soins importants. Cette enquête fournit des informations sur le reste à charge final payé par les patients pour ces trois types de soins, après intervention des différents organismes de remboursement publics et privés, de manière harmonisée entre pays. Afin de juger de la contribution des restes à charge à l'équité verticale dans le financement, nous mobilisons la

méthode des indices de concentration (O'Donnell *et al.*, 2007) qui caractérise la croissance, la décroissance ou la constance du reste à charge avec le revenu et l'indice de progressivité, dit « indice de Kakwani » (Kakwani, 1977), qui indique la régressivité, la progressivité ou la proportionnalité des restes à charge par rapport au revenu. Pour l'analyse d'équité horizontale dans le financement, nous proposons de mesurer les différences de contribution au système de soins entre individus à capacité contributive équivalente mais n'ayant pas le même état de santé. Pour cela, nous utilisons l'indice de concentration du reste à charge dans la population ordonnée selon son état de santé avec standardisation indirecte sur le revenu.

Nous montrons que le reste à charge contribue négativement à l'équité verticale dans le financement pour les trois types de soins étudiés. Pour les soins ambulatoires (i.e. visites chez le médecin et soins dentaires), le reste à charge est le moins régressif dans les pays où ces soins sont davantage pris en charge par le système public. Il est le plus régressif en Suisse dont le système est largement financé directement par les ménages. Le reste à charge pour une hospitalisation est encore plus régressif que le reste à charge pour des soins ambulatoires. Malgré leur système de santé fondé sur le modèle universel, le Danemark et la Suède affichent les restes à charge hospitaliers les plus régressifs parmi les pays étudiés : cela illustre la mutation d'un système universel vers un système de plus en plus privatisé en raison des longues files d'attente dans le secteur public (Chambaretaud & Lequet-Slama, 2003). À revenu donné, le reste à charge des consultations médicales et le reste à charge hospitalier sont davantage concentrés chez les plus malades dans presque tous les pays, suggérant que les systèmes ne couvrent pas suffisamment les personnes les plus malades qui deviennent alors financièrement responsabilisées de leur mauvais état de santé, en contradiction avec le principe d'équité horizontale. Dans le cas des soins dentaires, le reste à charge est moins concentré chez les plus malades, en particulier en République tchèque où les soins dentaires de base ne sont pas soumis au reste à charge.

La suite de cet article est organisée comme suit. La section 1 décrit le financement des systèmes de soins en Europe. Les concepts d'équité verticale et horizontale dans le financement des soins sont définis et les outils de mesure sont décrits dans la section 2. La section 3 présente la base de données et les variables utilisées pour nos analyses ainsi que l'échantillon d'intérêt. Enfin, les résultats sont présentés en section 4.

1. Le financement des soins en Europe

Tout système de santé est financé à la fois par des sources publiques (i.e. impôts et cotisations à l'assurance publique) et privées (i.e. primes d'assurance privées et reste à charge payés directement par les ménages). Si les systèmes européens sont majoritairement financés publiquement, ils divergent par la nature de leur financement public et l'organisation de la fourniture des soins. Dans les systèmes de type assurantiel ou « bismarckien », les soins sont financés par les cotisations des actifs à l'assurance maladie obligatoire et fournis par des prestataires publics et privés, alors que les systèmes inspirés du modèle assistanciel ou « beveridgien » se caractérisent par un système de santé universel financé par l'impôt et des soins fournis par des prestataires publics ou sous contrat avec le système public (Badel & Pujolar, 2008 ; Chambaretaud & Hartmann, 2009 ; Nezosi, 2021). Le tableau 1 présente les types de financement des soins dans les pays étudiés.

Dans les systèmes assantiels, les dépenses de santé sont généralement avancées par les patients et ne sont que partiellement remboursées par l'assurance maladie publique¹. Des instruments de partage des dépenses (copaiement, ticket-modérateur et franchise) sont mis en place dans tous les pays partageant ce type de système et ce pour les trois types de soins. Néanmoins, des dispositifs d'exonération ou de plafonnement du reste à charge sont mis en place sous conditions de ressources (en Allemagne, Autriche, Belgique, France et République tchèque), de pathologie (en Allemagne, Autriche, Belgique, France et Suisse) ou en fonction de la part du reste à charge dans le revenu, dit « taux d'effort », comme en Allemagne et en Autriche où les restes à charge sont plafonnés à 2 % du revenu annuel brut du ménage. En République tchèque, le montant annuel des restes à charge est plafonné à un seuil absolu (Paris *et al.*, 2016 ; Tikkanen *et al.*, 2020). Puisqu'une partie des dépenses reste à la charge du patient dans ces systèmes, le marché privé de l'assurance maladie complémentaire y est particulièrement développé (figure I). Dans certains cas, les individus sont couverts par le biais de leur employeur, expliquant en partie la différence systématique de taux de couverture entre les actifs occupés (i.e. en emploi) et les

1. Aujourd'hui, la plupart des systèmes initialement assantiels sont dits « hybrides » puisqu'ils empruntent aussi des caractéristiques au modèle universel, comme la France par exemple dont le système de financement est d'héritage bismarckien mais prévoit toutefois des dispositifs assistantiels (e.g. Complémentaire Santé Solidaire) et se finance aussi en partie par des prélèvements sociaux (i.e. Contribution Sociale Généralisée). De même, les systèmes dits assistantiels ont une composante assantielle puisque certains soins ne font pas partie du panier universel, comme les soins dentaires.

inactifs et actifs inoccupés (i.e. retraités, sans emploi ou en invalidité) que nous observons à partir des données de l'enquête SHARE. Le taux de couverture par une assurance complémentaire est élevé dans les systèmes d'inspiration bismarckienne comme la Suisse (>75 %), la Belgique (>80 %) et surtout la France (>95 %). Le taux de couverture est plus faible dans d'autres pays ayant un système basé sur ce même modèle, comme en Allemagne (<35 %), en Autriche (<25 %) et en République tchèque (≤10 %). En République tchèque, cela pourrait s'expliquer par le fait que certains soins ne font pas l'objet de reste à charge comme les soins de base, entièrement pris en charge.

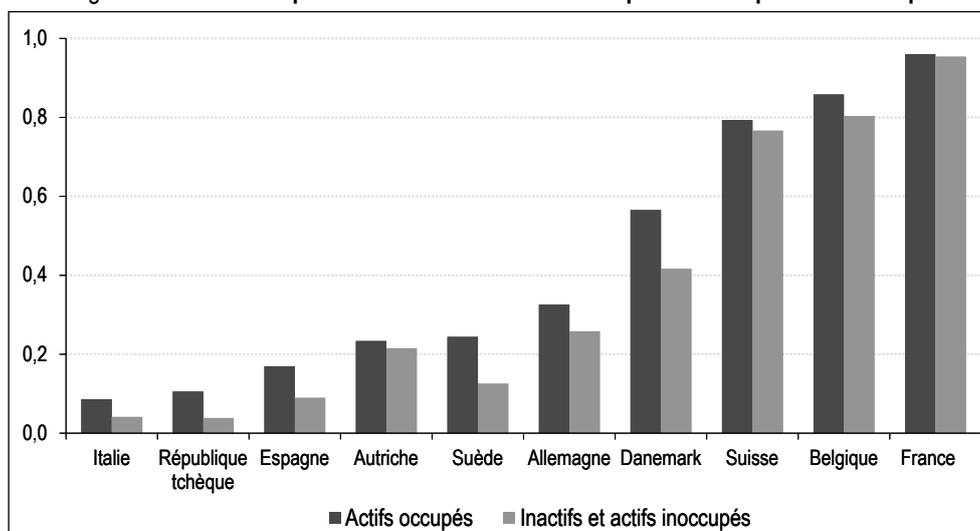
Dans les systèmes assistanciers, les soins du panier universel sont dispensés par des services nationaux de santé et généralement accessibles à tous, voire gratuits, indépendamment de la capacité à payer. Pour cette raison, les consultations chez le médecin et les hospitalisations ne font pas l'objet de partage des coûts au Danemark, en Espagne et en Italie (la Suède fait exception parmi les systèmes universels). Les soins fournis par des prestataires privés et les soins dentaires ne font toutefois pas partie du panier de soins universel. Ils sont donc à la charge des patients dans tous les pays et peuvent être pris en charge par des assurances privées. Le recours à l'assurance maladie complémentaire privée est

Tableau 1 – Caractéristiques des systèmes de soins

Pays	Type de système		Copaiement, ticket-modérateur ou franchise			Exonération ou plafond au titre :		
	Assurantiel	Assistanciel	Médecin	Dentaire	Hospitalisation	des ressources financières	d'une pathologie	du montant de reste à charge
Allemagne	X		X	X	X	E	P	P
Autriche	X		X	X	X	E	E	P
Belgique	X		X	X	X	P	P	
Danemark		X		X			E	
Espagne		X		X				
France	X		X	X	X	E	E	
Italie		X		X		E	E	
R. tchèque	X		X	X	X	E		P
Suède		X	X	X	X		E	P
Suisse	X		X	X	X		P	

Note : E = exonération, P = plafond.

Figure I – Couverture par une assurance maladie complémentaire privée en Europe



Note : le taux de couverture est la proportion d'individus déclarant avoir souscrit à un contrat d'assurance maladie complémentaire au moment de l'enquête. Il est calculé d'une part pour les actifs occupés, i.e. en emploi, et d'autre part pour les inactifs et actifs inoccupés, i.e. retraités, sans emploi ou en invalidité.

Source et champ : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

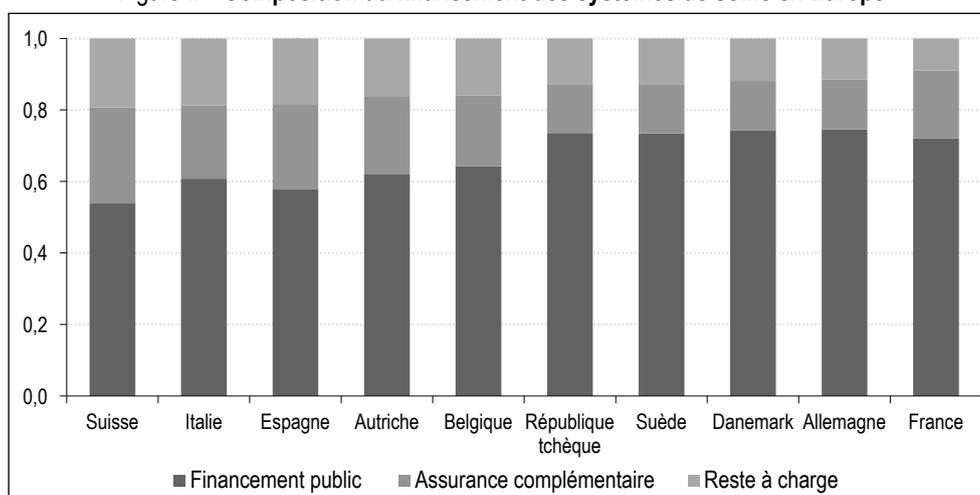
beaucoup moins répandu dans ces systèmes, comme en Italie (4 % chez les personnes sans emploi, 9 % sinon) et en Espagne (9 % et 17 % respectivement). Il est cependant plus important en Suède (13 % et 24 % respectivement) et au Danemark (42 % et 57 % respectivement) où le niveau de vie est plus élevé. À l'exception de l'Italie, les systèmes basés sur le modèle universel ne prévoient pas d'instrument de régulation du reste à charge pour les plus démunis. Au titre d'une maladie chronique, des exemptions sont prévues au Danemark, en Italie et en Suède, mais pas en Espagne. Enfin, le montant annuel de reste à charge est plafonné en Suède pour les consultations chez le médecin pour tous les individus et pour les plus de 85 ans à l'hôpital (Paris *et al.*, 2016 ; Tikkanen *et al.*, 2020).

Au-delà de cette typologie, les systèmes de santé se différencient par l'importance du reste à charge dans le financement total des soins. La figure II présente la part de chaque source de financement par pays (OCDE, 2024). La Suisse a le système de soins dont la part de financement privé est la plus importante parmi les pays étudiés : 46 % du financement provient des ménages, dont 27 % par le biais des assurances complémentaires et 19 % de reste à charge. Comme le Danemark et la Suède, l'Espagne et l'Italie ont des systèmes de soins basés sur le modèle universel. Pourtant, la part de financement privé y est plus importante. En Espagne et en Italie, le financement des ménages représente respectivement 42 % et 39 % du financement total avec une part de reste à charge similaire à celle observée en Suisse (18 % et 19 % respectivement). Au Danemark et en Suède, le système de soins est

financé par les ménages à hauteur de 25 % et 26 % respectivement, dont 12 % et 13 % par le biais de restes à charge. La France a le système de soins dont le financement dépend le moins du reste à charge parmi ces pays, avec une part correspondant seulement à 8 % du financement total, en raison du rôle important des assurances complémentaires privées.

Le reste à charge représente une part différente du budget des ménages selon les pays. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 3 % de la consommation des ménages est allouée au reste à charge en santé, avec les soins dentaires figurant parmi les premiers postes de dépenses en santé (Berchet & Morgan, 2018). Étant donné que les dépenses de santé augmentent avec l'âge en raison de besoins de soins plus importants, le reste à charge des personnes âgées de plus de 50 ans pourrait être plus conséquent qu'en population générale, sauf si le système de soins prévoit une redistribution du financement des moins malades vers les plus malades. En agrégeant les dépenses annuelles liées aux consultations chez le médecin, les soins dentaires et les séjours à l'hôpital restant à la charge des individus âgés de 50 ans et plus à partir de l'enquête SHARE, on estime que le reste à charge représente une part du revenu individuel variant de 1 % au Danemark à 6,4 % en Italie (figure III). Dans tous les pays, le dentaire est le poste de reste à charge le plus important, suivi des séjours hospitaliers puis des consultations médicales, à l'exception de l'Italie pour laquelle le reste à charge hospitalier représente la part la plus faible du reste à charge total. Ces statistiques ne permettent toutefois pas d'évaluer l'équité du financement des soins dans ces pays. Ce point est abordé dans la section suivante.

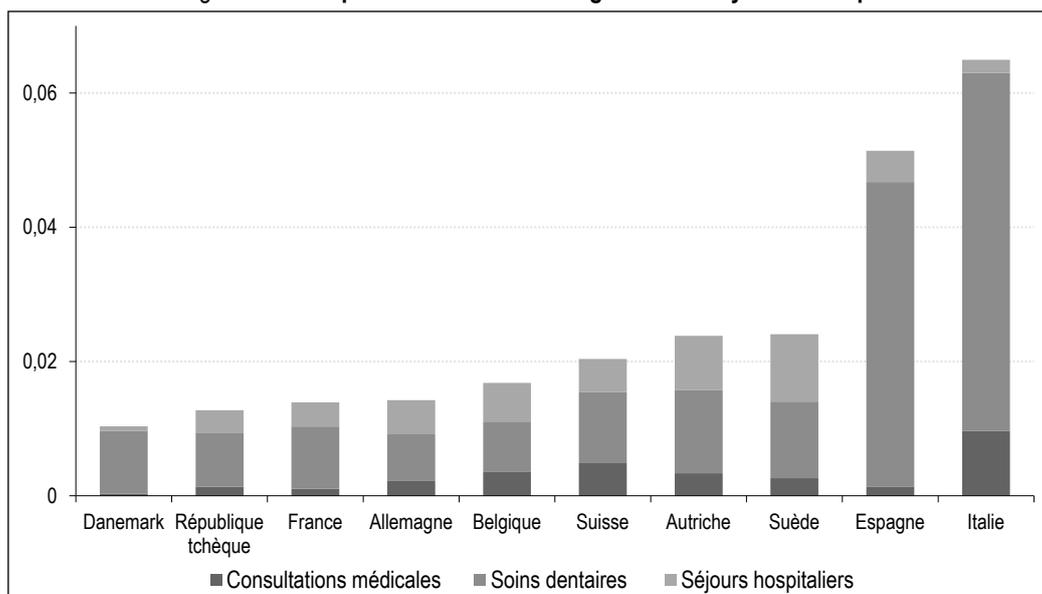
Figure II – Composition du financement des systèmes de soins en Europe



Note : le financement public regroupe les cotisations à l'assurance publique et l'impôt. Chaque source de financement est exprimée en pourcentage du coût total du système de soins.

Source : OCDE, Dépenses de santé et financement : Indicateurs des dépenses de santé, 2023.

Figure III – Composition du reste à charge annuel moyen en Europe



Note : la part du reste à charge annuel total dans le revenu annuel moyen est décomposée entre les trois postes de soins suivants : les consultations chez le médecin (gris foncé), les soins dentaires (gris moyen) et les séjours à l'hôpital (gris clair).
Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

2. Méthodologie

2.1. L'équité verticale dans le financement des soins

La notion d'équité verticale requiert le traitement inégal des inégaux. Dans le cadre de l'équité verticale dans le financement du système de soins, il convient d'assurer que chacun contribue selon ses moyens, ce qui revient à ce que le financement augmente au moins proportionnellement à la capacité contributive (Wagstaff *et al.*, 1989 ; Wagstaff & Van Doorslaer, 2000 ; Rochaix & Tubeuf, 2009).

2.1.1. Courbe de concentration

Graphiquement, il est possible de représenter la répartition des restes à charge au sein de la population ordonnée par revenu avec une courbe de concentration (O'Donnell *et al.*, 2007). La courbe de concentration représente la part cumulée des restes à charge en fonction du percentile de revenu, rangé du plus bas au plus élevé sur l'axe des abscisses. La courbe de concentration des restes à charge est comparée à la situation dite de « parfaite égalité », représentée par la bissectrice², où tous les individus de la population payent le même montant de reste à charge, quel que soit leur revenu. Si la courbe de concentration n'est pas significativement différente de la bissectrice, alors la distribution des restes à charge correspond à cette situation de parfaite égalité. Si la courbe de concentration des restes à charge est au-dessus (resp. en dessous) de la bissectrice, cela signifie que les

restes à charge sont plus concentrés chez les plus pauvres (resp. riches).

2.1.2. Indice de concentration

Afin de connaître l'ampleur et la significativité de la déviation de la courbe de concentration par rapport à la bissectrice, nous calculons l'indice de concentration (IC) du reste à charge (O'Donnell *et al.*, 2007). Inspiré de l'indice de Gini, il est égal au double de l'aire contenue entre la bissectrice et la courbe de concentration des restes à charge, soit :

$$IC = \frac{2cov(y_j, x)}{\mu_{y_j}}$$

où y_j est le montant du reste à charge pour le poste de soins j , x le rang dans la population ordonnée par revenu et μ_{y_j} le montant moyen de reste à charge pour le poste de soins j dans la population totale. L'indice de concentration est donc compris entre -1 et 1, une valeur positive (resp. négative) indiquant que les restes à charge sont davantage concentrés chez les plus riches (resp. les plus pauvres). La valeur absolue de l'indice de concentration augmente avec la distance entre la bissectrice et la courbe de concentration. Un indice nul suggère que les restes à charge sont distribués de façon égalitaire dans la population. La population étant

2. Dans un plan comprenant en abscisse la population ordonnée par revenu et en ordonnée la proportion cumulée de reste à charge, la bissectrice contient tous les points tels que $x\%$ de la population paye $x\%$ du reste à charge total.

ordonnée par niveau de revenu, les erreurs-types des indices de concentration sont corrigées de l'autocorrélation des erreurs à cette échelle.

2.1.3. Indice de progressivité

Pour juger de la contribution du reste à charge à l'équité verticale dans le financement, le degré de progressivité des restes à charge par rapport au revenu est apprécié en comparant la courbe de concentration des restes à charge à la courbe de Lorenz, c'est-à-dire la courbe de concentration des niveaux de revenu. En d'autres termes, il s'agit de savoir si la concentration des restes à charge dans la population contribue ou non aux inégalités de niveau de vie. Si la courbe de concentration des restes à charge est confondue avec la courbe de Lorenz, les restes à charge augmentent proportionnellement au revenu et sont neutres en termes de contribution aux inégalités de revenus. Si la courbe de concentration des restes à charge est située au-dessus (resp. en dessous) de la courbe de Lorenz, les restes à charge augmentent moins (resp. plus) que proportionnellement au revenu, les restes à charge sont donc régressifs (resp. progressifs) et augmentent (resp. réduisent) les inégalités de revenu. Le degré de progressivité est mesuré grâce à l'indice de progressivité, appelé aussi indice de Kakwani (Kakwani, 1977) qui, dans notre cas, mesure l'aire comprise entre la courbe de concentration des restes à charge et la courbe de Lorenz. Formellement, il s'agit de la différence entre l'indice de concentration (IC) et l'indice de Gini (IG) qui indique le degré d'inégalités de revenu dans la population (i.e. l'indice de concentration associé à la courbe de Lorenz), soit :

$$IK = IC - IG = \frac{2cov(y_j, x)}{\mu_{y_j}} - \frac{2cov(r, x)}{\mu_r},$$

où r est le revenu et μ_r sa moyenne en population totale. L'indice de Gini est compris entre 0 et 1, 0 indiquant qu'il n'y a pas d'inégalités de revenu dans la population. L'indice de Kakwani (IK) peut donc varier entre -2 à 1, une valeur positive (resp. négative) indiquant que le reste à charge est progressif (resp. régressif) par rapport au revenu et une valeur nulle qu'il y a exacte proportionnalité de la croissance du reste à charge avec le revenu.

2.1.4. Barrières d'accès aux soins

Dans le cas du reste à charge, la question de l'équité verticale dans le financement des soins nécessite d'être appréhendée à l'aune de celle de l'accès aux soins. En effet, s'il existe des barrières d'accès aux soins chez les plus modestes, une concentration plus forte du reste à charge chez les plus riches pourrait provenir

d'un recours aux soins plus élevé. Dans ce cas, la sous-concentration du reste à charge chez les plus pauvres ne serait pas (uniquement) expliquée par un instrument redistributif (e.g. la Complémentaire Santé Solidaire en France), mais également par le fait que les plus modestes consomment moins de soins que leur état de santé le nécessite. En l'absence de barrières d'accès aux soins, la courbe de concentration du reste à charge serait plus éloignée de la courbe de Lorenz, rendant ainsi le reste à charge plus régressif, et ce d'autant plus qu'il existe des inégalités sociales de santé. En d'autres termes, lorsqu'il existe des barrières d'accès aux soins, le degré de régressivité du reste à charge est alors probablement sous-estimé. Afin de discuter de la sous-estimation de nos résultats relatifs à l'équité verticale dans le financement des soins pour chaque type de soins, nous explorons l'existence de barrières d'accès aux soins en évaluant l'équité horizontale de recours aux soins (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000 ; O'Donnell *et al.*, 2007 ; Fleurbaey & Schokkaert, 2009), c'est-à-dire en vérifiant si le recours aux soins est plus important chez les plus riches ou non, à besoin de soins donné. Pour cela, nous corrigeons la variable de recours aux soins des différences de besoin de soins avec la méthode de standardisation indirecte³. Le recours aux soins est défini comme la probabilité d'avoir consommé au moins une fois le type de soins concerné durant les 12 mois précédant l'enquête et le besoin de soins est mesuré par l'état de santé sous forme de score⁴. Les résultats relatifs à l'équité verticale dans le financement pour chaque type de soins sont présentés en section 4.1 et sont discutés au regard de l'existence ou non de barrières d'accès aux soins.

2.2. L'équité horizontale dans le financement des soins

Le respect de l'équité verticale dans le financement des soins ne garantit pas l'équité au sein d'un même groupe de revenu. En d'autres termes, même si la contribution financière augmente avec le revenu, des différences de contribution peuvent exister entre deux individus d'un même niveau de revenu, violant ainsi le principe d'équité horizontale dans le financement des soins selon lequel les égaux doivent être traités également (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). A priori, il n'existe pas d'iniquité horizontale dans les contributions à l'assurance publique dans la mesure où les cotisations ne dépendent que du niveau de revenu, et surtout

3. Cette méthode est également utilisée pour l'analyse d'équité horizontale dans le financement et présentée en section 2.2.

4. La construction du score de santé est détaillée en section 3.2.3.

ne dépendent pas de l'état de santé (en dehors de l'âge dans certains systèmes). Concernant les restes à charge, des différences de niveau de financement à revenu donné sont à anticiper étant données les potentielles différences d'état de santé entre individus de même revenu, sauf à supposer que l'assurance publique compense ces différences en prenant davantage en charge les soins des personnes les plus malades (exonération du copaiement dans le cas d'une affection de longue durée en France, ou plafonnement des restes à charge annuels par un bouclier sanitaire en Belgique par exemple).

Les restes à charge vérifient le principe d'équité horizontale dans le financement des soins si, à revenu donné, le montant des restes à charge ne diffère selon aucun autre critère, et notamment selon l'état de santé. Il s'agit alors d'explorer la concentration du reste à charge dans la population ordonnée du plus mauvais au meilleur état de santé à revenu donné (voir section 3.2.3). Pour ce faire, nous proposons de recourir à la méthode de la standardisation indirecte pour corriger les montants de reste à charge des différences de revenu, c'est-à-dire pour obtenir le reste à charge d'un individu s'il était traité comme un autre individu ayant le même revenu (O'Donnell *et al.*, 2007). Il est également possible de procéder par standardisation directe qui consiste à corriger le reste à charge des différences de revenu par sous-groupe de niveau de revenu. Puisque la méthode de standardisation indirecte peut être utilisée sur données individuelles plutôt que des données groupées, elle est préférée à la méthode directe qui produit une standardisation moins fine (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000). Le reste à charge standardisé de l'individu i pour chaque poste de soins j , noté y_{ij}^s , est calculé comme suit :

$$y_{ij}^s = y_{ij} - \hat{y}_{ij} + \bar{y}_j,$$

avec y_{ij} le montant de reste à charge observé, \hat{y}_{ij} le montant de reste à charge prédit par le revenu et \bar{y}_j le reste à charge moyen. Ensuite, nous proposons de calculer un indice de concentration de ce reste à charge standardisé en ordonnant la population selon l'état de santé. Les erreurs-types des indices de concentration du reste à charge sont alors corrigées de l'auto-corrélation des erreurs par score d'état de santé.

Si la courbe de concentration du reste à charge standardisé n'est pas significativement différente de la bissectrice, alors la distribution des restes à charge ne dérive pas de la parfaite égalité, c'est-à-dire que tous les individus payent la même chose quel que soit leur état de santé, à revenu donné. Cette situation respecte donc l'équité horizontale dans le financement. Si la

courbe de concentration des restes à charge est au-dessus de la bissectrice (indice de concentration positif), cela signifie que les restes à charge sont plus concentrés chez les plus malades à revenu équivalent. Cette situation est donc fortement inéquitable horizontalement dans le financement, les plus malades devant supporter des restes à charge pour répondre à leur besoin de soins alors même qu'ils ont une capacité contributive égale à celle des autres individus. Si la courbe de concentration des restes à charge est au-dessous de la bissectrice (indice de concentration négatif), cela signifie que les restes à charge sont plus concentrés chez les personnes en meilleure santé. Une consommation de soins plus importante chez les moins malades pourrait être envisagée dans le cas de soins préventifs puisqu'ils évitent la dégradation de l'état de santé.

3. Données

3.1. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Ce travail s'appuie sur les données de l'enquête SHARE (Börsch-Supan *et al.*, 2013)⁵. Cette base de données fournit des informations sur l'emploi, les conditions de vie et la santé des personnes de 50 ans et plus de 27 pays européens. Seules les données des vagues 5, 6 et 7⁶ (réalisées entre 2013 et 2017) sont utilisées car les questions sur les dépenses de santé laissées à la charge des patients posées dans les vagues précédentes ne sont pas comparables. En restreignant notre échantillon aux personnes ayant répondu à toutes les questions auxquelles nous avons recours, nous obtenons un échantillon total de 89 079 observations pour 50 336 individus

5. Nous utilisons les vagues 5, 6 et 7 de SHARE (DOIs: 10.6103/SHARE.w5.800, 10.6103/SHARE.w6.800, 10.6103/SHARE.w7.800, 10.6103). Voir Börsch-Supan *et al.* (2013) pour les détails méthodologiques. La collecte de données SHARE a été financée par la Commission européenne, DG RTD, par le FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GAN°211909, SHARE-LEAP: GAN°227822, SHARE M4: GAN°261982, DASISH: GAN°283646) et Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GAN°676536, SHARE-COHESION: GAN°870628, SERISS: GAN°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) et par la DG Emploi, affaires sociales et inclusion par le biais de VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, et VS 2020/0313. Les financements supplémentaires du ministère allemand de l'éducation et de la recherche, de la Max Planck Society for the Advancement of Science, de l'U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C, RAG052527A) et les diverses sources nationales de financement sont vivement remerciés (voir www.share-project.org).

6. La vague 7 est articulée en deux sous-enquêtes : le questionnaire classique, soumis à tous les participants longitudinaux de l'enquête, et le questionnaire rétrospectif SHARELIFE recueillant des informations passées de la vie des participants. Ce deuxième questionnaire est posé à deux catégories d'enquêtés : les entrants en vague 7 et les anciens participants qui n'auraient pas répondu à ce questionnaire déjà soumis en vague 3. Nous excluons ces deux catégories d'enquêtés de l'échantillon d'intérêt, puisque le questionnaire classique qui leur est attribué a été aménagé pour limiter la durée totale d'enquête et ne contient pas d'information sur le reste à charge.

résidant dans 10 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, l'Italie, la République tchèque, la Suède et la Suisse.

3.2. Les variables d'intérêt

3.2.1. Le reste à charge

Dans l'enquête SHARE, nous disposons de l'information sur le reste à charge après intervention de tous les organismes de couverture publics et privés pour trois postes de soins : les visites chez le médecin (qu'il s'agisse de visite chez le généraliste, le spécialiste et/ou de consultation externe et d'urgence à l'hôpital), les soins dentaires et les séjours à l'hôpital. Pour chaque type de soins, la question fournissant les montants des restes à charge est la suivante : « *Durant les douze derniers mois, combien avez-vous payé en tout pour [poste de soins] sans être remboursé ensuite ? Veuillez n'inclure que ce qui est finalement resté à votre charge.* ». Le reste à charge est ainsi une variable continue dont la valeur la plus basse est 0 pour les individus n'ayant pas déclaré de reste à charge (prise en charge totale ou non-consommation).

Lorsque le montant du reste à charge représente une part importante du revenu, il est considéré comme une dépense dite « catastrophique ». La littérature retient en général un seuil de 10 % du revenu total ou un seuil de 40 % du revenu disponible (i.e. le revenu amputé des dépenses incompressibles, ou « capacité à payer ») pour définir une dépense catastrophique (O'Donnell *et al.*, 2007 ; Cylus *et al.*, 2018 ; Wagstaff, 2019). Compte tenu des informations disponibles dans SHARE, nous calculons un taux d'effort en rapportant les dépenses de santé au revenu total et retenons donc le seuil de 10 % pour conclure sur le caractère catastrophique du reste à charge. Pour chaque pays, les taux d'effort par quartile de revenu sont présentés en annexe et commentés dans la section 3.3.

Il convient de noter qu'utiliser des données déclaratives pour mesurer le reste à charge peut être source de biais. Plus précisément, on peut envisager un biais de mémoire lié au volume de consommation de soins, même si le sens du biais n'est pas évident. D'une part, on peut s'attendre à ce que les personnes qui consomment beaucoup de soins aient tendance à oublier certaines dépenses. Sachant que la consommation de soins est positivement corrélée au revenu, les plus riches sous-estimeraient ainsi leur reste à charge. Au final, le reste à charge pourrait apparaître moins concentré chez les plus riches qu'il ne l'est effectivement, et donc moins favorable à l'équité

verticale qu'il ne devrait l'être. D'autre part, on pourrait inversement penser que les restes à charge sont sous-estimés par les personnes consommant peu de soins, parce qu'elles auraient moins l'habitude de suivre leurs dépenses de santé. Dans ce cas, le reste à charge paraîtrait plus favorable à l'équité verticale, à tort. La consommation de soins étant également corrélée à l'état de santé, le reste à charge pourrait alors être sous-estimé chez les plus malades (resp. les moins malades) si les personnes ayant beaucoup (resp. peu) de dépenses sous-estiment le montant de reste à charge. Ainsi, la distribution du reste à charge est artificiellement plus (resp. moins) équitable horizontalement. Au final, il n'est pas possible de connaître l'impact du biais de mémoire sur la mesure de la contribution des restes à charge à l'équité dans le financement des soins. Néanmoins, le reste à charge déclaré dans l'enquête SHARE est la meilleure mesure que nous puissions utiliser pour mener cette analyse. Premièrement, aucune source de données administratives ne permet à ce jour d'observer le reste à charge final (i.e. après intervention de tous les organismes de couverture) pour un échantillon représentatif des personnes de 50 ans et plus. Deuxièmement, puisque l'objectif de cette étude est de comparer la contribution du reste à charge à l'équité du financement des soins entre les différents systèmes de santé européens, une mesure harmonisée du reste à charge entre pays européens est nécessaire.

3.2.2. La capacité contributive

Les données de l'enquête SHARE fournissent des informations détaillées sur différentes catégories de revenus des ménages (revenu salarial et non salarial). Nous retenons ici le niveau de vie du ménage, obtenu en divisant le revenu annuel total du ménage (somme de toutes les sources de revenu déclarées par le ménage) par le nombre d'unités de consommation. Le nombre d'unités de consommation est mesuré ainsi : le premier membre du ménage compte pour 1 unité et tous les autres membres du ménage comptent pour 0,5 (Hourriez & Olier, 1998). Les analyses d'équité verticale sont effectuées en utilisant les percentiles de cette variable continue de niveau de vie comme variable de rang. Le niveau de vie moyen ainsi que sa distribution en quartiles sont présentés pour l'échantillon total dans le tableau 2 et sont disponibles pour chacun des pays de l'échantillon dans l'Annexe en ligne S2 (voir tableaux S2-1 à S2-10 – lien de l'Annexe en ligne à la fin de l'article).

3.2.3. L'état de santé

L'analyse de l'équité horizontale dans le financement des soins nécessite de disposer d'une

variable continue d'état de santé afin de pouvoir ordonner la population selon son état de santé sur une échelle assez fine, en l'occurrence des centiles (Wagstaff & Van Doorslaer, 1994). Pour ce faire, nous construisons un score continu en prédisant l'état de santé général à partir de différents indicateurs d'état de santé déclarée et des caractéristiques sociodémographiques. Le choix des indicateurs de santé inclus dans notre modèle se fonde sur les outils de mesure d'état de santé développés par le groupe de recherche EuroQol Group (EuroQol Research Foundation, 2018). L'indicateur proposé, appelé EQ-5D, inclut plusieurs dimensions de la santé : la mobilité, les soins personnels, les activités de la vie quotidienne, la douleur/l'inconfort et la santé mentale.

Les données SHARE fournissent des informations sur les limitations dans les activités de la vie quotidienne telles que déclarées, notamment concernant la mobilité et les soins personnels. Concrètement, chaque personne interrogée déclare si elle a ou non des difficultés à : se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, être continent et se nourrir. Cette mesure des limitations dans les activités de la vie quotidienne capte ainsi les trois premières dimensions utilisées dans l'EQ-5D. Les personnes sont également interrogées sur la présence de douleurs. L'état de santé mentale est approximé une mesure standardisée européenne, l'EURO-D, s'appuyant sur les réponses à des questions relatives à : la dépression, le pessimisme, les pensées suicidaires, le sentiment de culpabilité, le sommeil, l'intérêt porté aux activités en général, l'irritabilité, l'appétit, la fatigue, la concentration, la capacité à se réjouir et les épisodes de pleurs (Prince *et al.*, 1999). Enfin, nous incluons également une variable comptabilisant le nombre de maladies chroniques diagnostiquées par un médecin, souvent utilisée dans la littérature pour approximer l'état de santé (Perronnin *et al.*, 2006 ; Devaux *et al.*, 2008 ; Pellet, 2020).

L'état de santé perçu est prédit par ces différentes dimensions de la santé, à l'aide d'un modèle linéaire, estimé par la méthode des moindres carrés ordinaires :

$$Y_{it} = \alpha + \beta_1 AVQ_{it} + \beta_2 MC_{it} + \beta_3 EUROD_{it} + \beta_4 Douleur_{it} + \beta_5 X'_{it} + \partial_t + \varepsilon_{it}$$

où Y_{it} est l'état de santé général déclaré par l'individu i en période t variant de 1 à 5, 1 désignant un état de santé médiocre et 5 un excellent état de santé ; AVQ_{it} une variable indiquant le nombre de limitations fonctionnelles dans les activités précédemment citées (0 à 6) ; MC_{it} une variable indiquant le nombre de maladies chroniques ;

$EUROD_{it}$ une variable de santé mentale prenant des valeurs entre 0 et 12 (1 point pour chaque caractéristique de santé mentale dégradée déclarée par l'individu) ; $Douleur_{it}$ une variable binaire qui prend la valeur 1 si l'individu déclare souffrir de douleurs, 0 sinon ; X'_{it} le vecteur de caractéristiques sociodémographiques prédictives de la santé perçue (i.e. âge, sexe) ; ∂_t un effet spécifique à l'année t à laquelle l'individu est observé ; ε_{it} un terme d'erreur normalement distribué. Les coefficients et erreurs-types ainsi que les moyennes prédites de l'état de santé perçu par pays sont disponibles en Annexe en ligne S1 (voir tableau S1-1).

3.3. Description de la population

L'ensemble de la population, tous pays confondus, comporte davantage de femmes (55 %) que d'hommes. Les individus sont âgés de 67 ans en moyenne, 26 % sont en emploi et le revenu annuel moyen s'élève à 27 722 euros (tableau 2). 35 % des individus sont couverts par une assurance maladie complémentaire privée et 32 % déclarent un état de santé médiocre ou acceptable, 38 % un bon état de santé et 30 % un très bon ou excellent état de santé. Le score d'état de santé prédit (voir section 3.2.3) est égal à 3 sur 5 en moyenne. Le recours aux soins, c'est-à-dire la consommation d'un soin donné au moins une fois dans l'année, est le plus fréquent pour les visites chez le médecin (89 %), suivi par les soins dentaires (57 %) puis les séjours hospitaliers (9 %). Parmi les consommateurs de soins, la proportion de ceux ayant un reste à charge annuel nul, c'est-à-dire une couverture complète des dépenses de santé par le système public et/ou une assurance complémentaire privée, est plus élevée pour les séjours à l'hôpital (66 %) que pour les consultations médicales (57 %) et les soins dentaires (26 %). En moyenne, les consultations chez le médecin représentent le poste de soins qui génère le reste à charge le plus faible (83 euros). Il est plus élevé pour les séjours à l'hôpital (138 euros) et les soins dentaires (376 euros).

Dans l'échantillon total comme dans chaque pays pris séparément, les premiers quartiles de revenu comportent une population en moyenne plus féminine, plus âgée, moins active et en moins bonne santé (voir l'Annexe en ligne S2, tableaux S2-1 à S2-10, pour le détail par pays). Les plus pauvres sont systématiquement moins couverts par une assurance maladie complémentaire que les plus riches, et les différences selon le revenu sont particulièrement élevées en Allemagne, en Autriche, en Belgique et au Danemark, pays dans lesquels le taux de

Tableau 2 – Statistiques descriptives

	1 ^{er} quartile	2 ^e quartile	3 ^e quartile	4 ^e quartile	Total
Caractéristiques individuelles					
Femmes	0,59	0,55	0,53	0,52	0,55
Âge	69,57	68,72	66,30	64,71	67,36
Actifs occupés	0,14	0,18	0,30	0,41	0,26
Revenu par unité de consommation (en €)	9 678	15 770	21 895	64 641	27 722
Couverture complémentaire	0,28	0,33	0,37	0,42	0,35
État de santé					
Médiocre	0,12	0,09	0,06	0,05	0,08
Correct	0,31	0,27	0,22	0,18	0,24
Bon	0,36	0,39	0,40	0,38	0,38
Très bon	0,15	0,18	0,23	0,27	0,20
Excellent	0,06	0,07	0,10	0,13	0,10
Score prédit	2,83	2,95	3,07	3,16	3,00
Recours aux soins					
Visites chez le médecin	0,89	0,90	0,89	0,88	0,89
Soins dentaires	0,46	0,55	0,61	0,65	0,57
Séjours hospitaliers	0,10	0,10	0,08	0,07	0,09
Reste à charge nul					
Visites chez le médecin	0,65	0,62	0,60	0,59	0,61
Soins dentaires	0,67	0,59	0,54	0,51	0,58
Séjours hospitaliers	0,97	0,97	0,97	0,98	0,97
Reste à charge nul si recours					
Visites chez le médecin	0,61	0,58	0,55	0,53	0,57
Soins dentaires	0,29	0,26	0,24	0,25	0,26
Séjours hospitaliers	0,69	0,64	0,65	0,66	0,66
Reste à charge annuel moyen (en €)					
Visites chez le médecin	56,76	69,11	79,69	90,24	73,74
Soins dentaires	147,13	186,07	251,87	269,89	212,83
Séjours hospitaliers	14,53	8,63	9,10	10,02	10,59
Reste à charge annuel moyen si recours (en €)					
Visites chez le médecin	63,93	76,76	89,65	102,98	83,00
Soins dentaires	320,24	338,74	414,68	414,58	376,33
Séjours hospitaliers	165,24	101,99	138,36	150,66	138,46
Nombre d'observations	22 765	22 607	21 818	21 889	89 079

Note : pour chaque variable, la moyenne est reportée pour le premier (deuxième, troisième, quatrième) quartile de revenu dans la colonne 1 (2, 3, 4). Le score de santé prédit prend ses valeurs entre 1 et 5.

Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans, tous pays confondus.

couverture des personnes du premier quartile de revenu est d'au moins 20 points de pourcentage plus faible que celui du dernier quartile. Par ailleurs, le taux de couverture varie largement entre pays, et notamment selon le type de système de santé. La France, la Belgique et la Suisse, qui ont des systèmes assurantiers, ont les taux de couverture les plus élevés de l'échantillon, avec respectivement 96 %, 81 % et 77 % des individus ayant souscrit un contrat d'assurance complémentaire. A contrario, dans les pays dont le système est universel, le recours à l'assurance complémentaire est moins nécessaire pour couvrir les dépenses de santé et y est de fait largement plus faible, avec 5 % de la population couverte en Italie, 10 % en Espagne et 16 % en Suède.

Le recours aux consultations chez le médecin est élevé dans tous les pays, avec au moins 85 % des individus ayant consulté un médecin au moins une fois au cours des douze derniers mois. Parmi les consommateurs de soins, les plus pauvres sont en proportion plus nombreux à déclarer un reste à charge nul que les plus riches, à l'exception du Danemark où la proportion de personnes avec un reste à charge est égale à 95 % dans tous les quartiles de revenu. Le montant moyen de reste à charge chez les consommateurs de soins décroît avec le revenu, sauf en Suède et en République tchèque où les individus des premier et dernier quartiles ont un reste à charge annuel plus élevé que dans les quartiles intermédiaires. En revanche, le reste à charge représente un poids financier plus important chez les plus pauvres

puisque le taux d'effort décroît avec le revenu, sauf dans deux pays ayant un système universel Beveridgean : le Danemark et l'Espagne (voir annexe, figures A-I à A-III). Quel que soit le pays, aucun groupe de revenu n'atteint le seuil de 10 % déterminant un reste à charge catastrophique. Le taux d'effort pour les visites chez le médecin représente, au plus, 2 % du revenu pour tous les groupes de revenu.

Dans tous les pays, le recours aux soins dentaires croît avec le revenu, bien que la population aux revenus les plus faibles soit plus âgée et en moins bon état de santé. Les soins dentaires semblent donc particulièrement sujets aux barrières d'accès. La proportion d'individus déclarant une couverture totale des dépenses de soins dentaires est de 26 % en moyenne dans l'échantillon, mais cette proportion varie largement entre pays. Au Danemark, en Italie, en Suède et en Suisse, elle est inférieure à 10 % alors qu'elle monte à 64 % en France. Le taux d'effort dentaire décroît avec le revenu dans tous les pays. En Italie et en Espagne, le reste à charge dentaire représente respectivement 12 % et 13 % du revenu des individus du premier quartile, c'est-à-dire que les dépenses de soins dentaires restant à la charge des individus les plus modestes atteignent un seuil catastrophique.

Dans les systèmes de soins universels comme celui du Danemark, l'Italie et l'Espagne, la proportion de prise en charge totale parmi les personnes ayant été hospitalisées dans l'année avoisine 100 %. Pourtant fondé sur le même modèle, le système suédois affiche la proportion de reste à charge nul la plus faible de tous les pays étudiés (23 %). Le lien entre le montant annuel du reste à charge et le revenu est moins homogène entre pays pour les séjours hospitaliers que pour les soins dentaires ou les visites chez le médecin. En Allemagne, en Belgique et au Danemark, le reste à charge moyen baisse avec le revenu alors qu'il augmente en Espagne, en France et en Suisse. Dans les autres pays, le reste à charge moyen est le plus élevé dans le premier et le dernier quartile. Le seuil de reste à charge catastrophique n'est atteint dans aucun pays pour les dépenses hospitalières.

4. Résultats

4.1. L'équité verticale dans le financement des soins

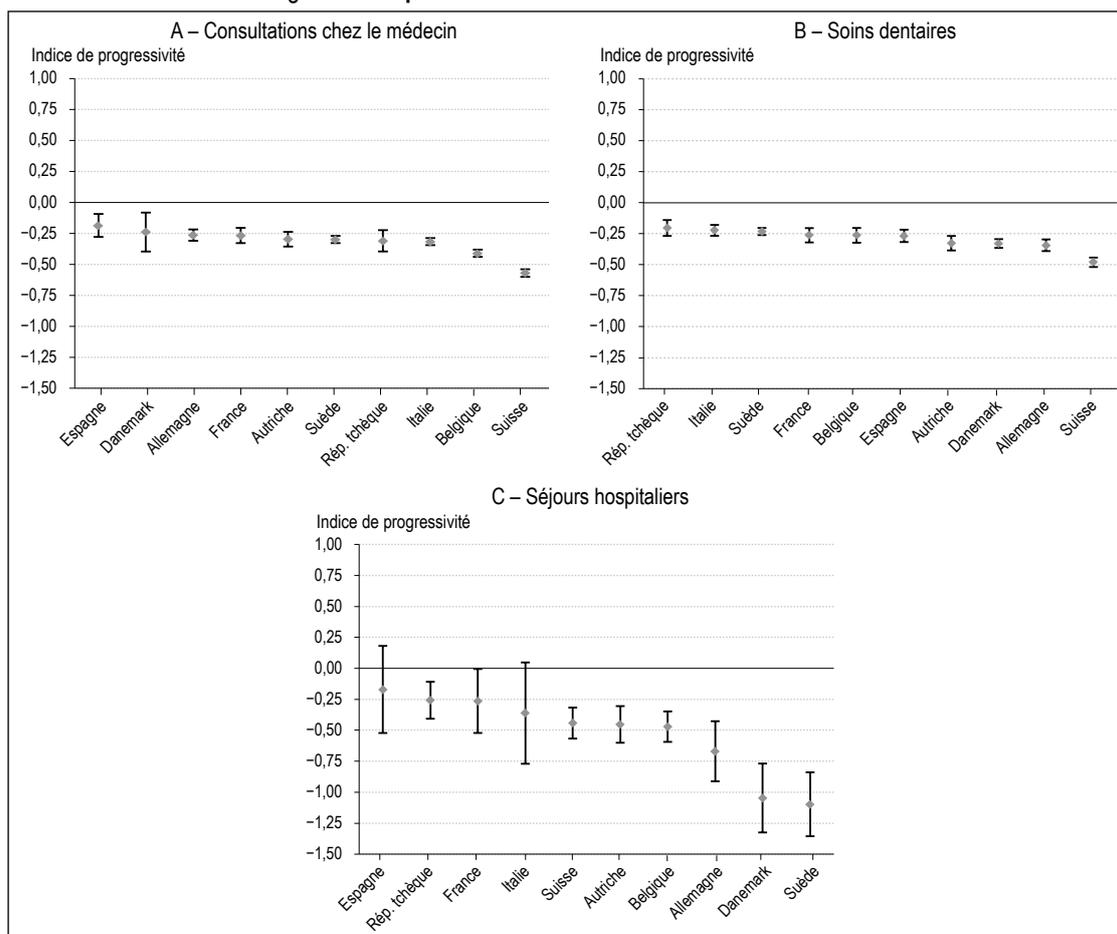
L'analyse de la contribution des restes à charge à l'équité verticale dans le financement des soins est résumée dans la figure IV. Les courbes de concentration sont présentées en annexe (voir figures A-IV à A-VI). Pour chaque pays, l'indice

de progressivité est représenté avec son intervalle de confiance à 95 %. La figure IV-A (resp. IV-B, IV-C) représente l'indice de progressivité du reste à charge des consultations médicales (resp. des soins dentaires, des séjours hospitaliers). L'indice de concentration des restes à charge pour chaque poste de soins, l'indice de Gini ainsi que l'indice de progressivité correspondant sont disponibles en Annexe en ligne S3 (voir tableau S3-1). Nous commentons les résultats au regard de la question de l'accès aux soins. Les indices de concentration du recours avec standardisation sur le besoin de soins pour chaque poste de soins sont également disponibles en Annexe en ligne S3 (voir tableau S3-2).

4.1.1. Consultations chez le médecin

En République tchèque, en Suède et au Danemark, la courbe de concentration du reste à charge des consultations médicales ne s'éloigne pas significativement de la bissectrice. Les indices de concentration ne sont pas significativement différents de 0 au seuil de 5 %, c'est-à-dire que le reste à charge ne varie pas avec le revenu. Dans les autres pays, les indices de concentration sont positifs et significativement différents de 0 au moins au seuil de 5 %. En revanche, la courbe de concentration croise la bissectrice en Autriche, en Espagne et en Suisse, compromettant ainsi l'interprétation des indices de concentration. Seules l'Allemagne, la Belgique, la France et l'Italie ont des courbes de concentration situées significativement en dessous de la bissectrice sans la croiser, montrant ainsi que les restes à charge sont plus concentrés chez les plus riches, surtout en France et en Allemagne (indice de concentration $>0,2$). Cependant, si le reste à charge est plus concentré chez les individus les plus riches dans certains pays, l'équité verticale dans le financement n'est pas vérifiée pour autant puisque l'indice de progressivité du reste à charge des consultations médicales est négatif et significatif dans tous les pays, suggérant une structure régressive du reste à charge. En d'autres termes, même si le reste à charge est plus concentré chez les plus riches, il pèse davantage dans le budget des plus pauvres. La figure IV-A montre que la Suisse, dont le financement des soins repose plus largement sur des sources privées, est le pays pour lequel le reste à charge est le plus régressif (indice de progressivité $<-0,5$), alors que le niveau de régressivité est le plus faible en Espagne ($-0,2 < \text{indice de progressivité} < 0$) et au Danemark ($-0,3 < \text{indice de progressivité} < -0,2$), dont les systèmes de santé sont basés sur un modèle universel. Le niveau de régressivité des restes à charge semble en outre sous-estimé puisque les plus riches consomment

Figure IV – Equité verticale dans le financement des soins



davantage de soins que les plus pauvres à besoin de soins donné dans tous les pays, à l'exception de l'Allemagne, du Danemark et de l'Espagne.

4.1.2. Soins dentaires

En ce qui concerne les soins dentaires, l'indice de concentration des restes à charge est positif dans tous les pays (au seuil de 1 %), indiquant une concentration plus accrue du reste à charge parmi les revenus les plus élevés. Graphiquement, la courbe de concentration des restes à charge est située en dessous de la bissectrice, sauf en Autriche, en Suisse et en Belgique où la courbe de concentration croise la bissectrice. De la même manière que pour les consultations médicales, la concentration du reste à charge chez les plus riches ne garantit pas l'équité verticale dans le financement puisque le reste à charge dentaire est régressif. Dans tous les pays, l'indice de progressivité est négatif et significativement différent de 0, signifiant que le reste à charge augmente moins que proportionnellement au revenu. Le reste à charge des soins dentaires participe donc à l'iniquité dans le financement des soins, particulièrement en Suisse (indice de progressivité = 0,488). La régressivité du

reste à charge relatif aux soins dentaires semble là encore sous-estimée puisque les indices de concentration du recours standardisé sur le besoin de soins sont positifs, et même de plus grande amplitude que pour les consultations chez le médecin. À besoin de soin égal, le recours est plus concentré chez les plus riches, et ce particulièrement en Italie et en Espagne (indice de concentration > 0,1). Le reste à charge dentaire pèserait donc encore plus dans le budget des plus modestes s'ils consommaient autant de soins que leur état de santé le nécessite.

4.1.3. Séjours hospitaliers

Dans tous les pays, l'indice de concentration du reste à charge hospitalier n'est pas significativement différent de 0 au niveau de confiance de 95 %. Ce résultat suggère que le reste à charge des séjours à l'hôpital est également réparti le long de la distribution du revenu, c'est-à-dire que le montant annuel de reste à charge est indépendant du revenu. En revanche, cela n'implique pas l'équité verticale dans le financement qui nécessite que, non seulement le montant du reste à charge augmente avec le revenu, mais surtout que la part du revenu allouée au reste à

charge augmente avec la capacité contributive. La figure IV-C montre ainsi qu'à l'exception de l'Espagne et de l'Italie, le reste à charge des séjours à l'hôpital est régressif puisque l'indice de progressivité est significativement négatif (au seuil de 5 %). Il est le plus régressif en Suède et au Danemark (indice de progressivité < -1) et le moins régressif en République tchèque et en France ($-0,3 < \text{indice de progressivité} < 0$). La structure régressive du reste à charge semble encore une fois sous-estimée au regard de la plus forte concentration du recours, à besoin de soins donné, chez les plus riches en Autriche (au seuil de 1 %), semble par contre surestimée en Suède (au seuil de 1 %) et en Allemagne (au seuil de 5 %) où le recours est plus concentré chez les plus pauvres, à besoin de soins donné.

4.2. Équité horizontale dans le financement des soins

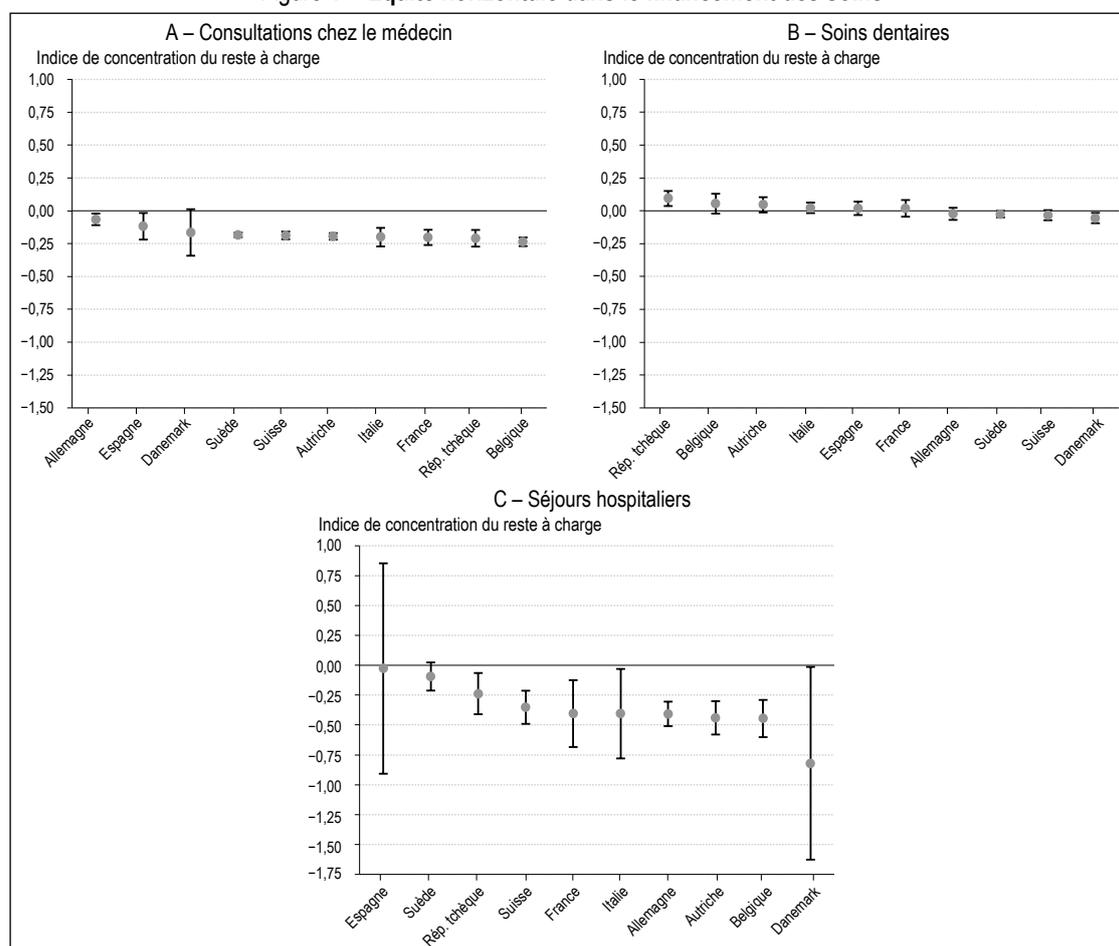
L'analyse de la contribution des restes à charge à l'équité horizontale du financement des soins est résumée dans la figure V. Pour chaque pays, les indices de concentration du reste à charge selon l'état de santé standardisés par le revenu sont

représentés avec leur intervalle de confiance à 95 %. La figure V-A (resp. V-B, V-C) représente les indices de concentration du reste à charge des consultations médicales (resp. des soins dentaires, des séjours hospitaliers). Les indices de concentration standardisés pour chaque poste de soins sont disponibles dans l'Annexe en ligne S3 (voir tableau S3-3). Les courbes de concentration correspondantes sont présentées en annexe (voir figures A-VII à A-IX).

4.2.1. Consultations chez le médecin

À revenu donné, l'indice de concentration du reste à charge des consultations médicales selon l'état de santé est négatif et significativement différent de 0 au seuil de 5 % tous les pays, à l'exception du Danemark (seuil de 1 %). Graphiquement, on observe que la courbe de concentration du reste à charge croise la bissectrice en Allemagne et au Danemark, rendant les résultats ininterprétables pour ces pays. Pour les autres pays, un indice de concentration négatif signifie que le reste à charge des consultations médicales est davantage concentré chez les plus malades et contribue donc négativement

Figure V – Équité horizontale dans le financement des soins



à l'équité horizontale dans le financement des soins. Ce résultat suggère une protection financière insuffisante pour les plus malades. En effet, l'iniquité est la plus marquée dans les systèmes assurantiels bismarckiens comme en Autriche, en France, en République tchèque et en Belgique où l'indice de concentration est inférieur à $-0,2$ malgré l'existence de dispositifs d'exonération ou d'un plafonnement au titre de la maladie. En Espagne, en Suède et en Italie, où le système de soins est fondé sur un modèle universel Beveridgien, l'iniquité est moins forte ($-0,2 < \text{indice de concentration} < -0,1$), tout comme en Suisse malgré son système assurantiel à dominance privée.

4.2.2. Soins dentaires

Concernant les soins dentaires, les restes à charge sont plus concentrés chez les plus malades au Danemark (au seuil de 5 %), en Suède (au seuil de 5 %) et en Suisse (au seuil de 10 %), alors qu'ils sont plus concentrés chez les moins malades en République tchèque (au seuil de 5 %), à revenu donné. Néanmoins, seuls les indices de concentration du Danemark et de la République tchèque sont interprétables, puisque ce sont les seuls pays dont la courbe de concentration ne croise pas la bissectrice. Au Danemark, les plus malades sont davantage exposés au poids financier lié à leurs soins dentaires. Dans le cas tchèque, la concentration du reste à charge chez les moins malades à revenu donné pourrait suggérer une redistribution des moins malades vers les plus malades par le système. Néanmoins, on ne peut ignorer l'existence d'autres potentiels canaux, comme une priorisation des soins chez les plus malades en défaveur des soins dentaires à budget donné, ou un moindre recours aux soins dentaires préventifs chez les plus malades en raison de la corrélation positive entre état de santé et comportements de prévention.

4.2.3. Séjours hospitaliers

Le reste à charge des séjours hospitaliers est plus concentré chez les plus malades (au moins au seuil de 5 %) dans tous les pays, sauf en Espagne et en Suède où l'indice de concentration des restes à charge n'est pas significativement différent de 0. Dans le cas des séjours hospitaliers, l'indice de concentration prend des valeurs plus élevées que pour les autres postes de soins en valeur absolue, témoignant d'une iniquité horizontale plus forte. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les séjours hospitaliers concernent davantage les personnes en mauvaise santé que les autres types de soins, puisqu'ils sont essentiellement curatifs, alors que les consultations chez le médecin et les

soins dentaires peuvent relever de la prévention. Pour cette raison, le reste à charge hospitalier contribue plus largement à l'iniquité horizontale dans le financement de soins. Comme pour les soins dentaires, l'iniquité est la plus marquée au Danemark (indice de concentration $< -0,8$) et la moins forte en République tchèque ($-0,4 < \text{indice de concentration} < -0,3$).

5. Discussion

Pour les personnes de plus de 50 ans, les restes à charge des visites chez le médecin ont une structure régressive, suggérant que les dépenses restant à la charge des patients augmentent moins que proportionnellement au revenu. Dès lors, même si les restes à charge sont davantage concentrés chez les plus riches, le taux d'effort lié aux visites chez le médecin reste plus important pour les personnes les plus modestes, ce qui signifie que les restes à charge contribuent négativement à l'équité verticale dans le financement des soins. La régressivité du reste à charge est la moins marquée en Espagne et au Danemark, où les visites chez le médecin sont comprises dans le panier de soins universel. Elle l'est davantage en Suède, où le partage des coûts est en vigueur pour ces soins sans exonération sous condition de ressources, et en Italie où la couverture assurantielle complémentaire est très faible. C'est en Suisse, où le financement des soins repose plus largement sur des sources privées en l'absence d'exonération sous conditions de ressources, que le reste à charge contribue le plus à l'iniquité verticale dans le financement des soins. Le reste à charge dentaire est également régressif dans tous les pays, surtout en Suisse. La République tchèque est le seul pays considéré dans cette étude qui n'applique pas de copaiement pour les soins dentaires de base, ce qui pourrait expliquer que le reste à charge y adopte une structure moins régressive que dans les autres pays. Il est toutefois important de noter que le recours aux soins dentaires est davantage concentré chez les individus les plus aisés à besoin de soins donné. Ce résultat implique que la régressivité observée du reste à charge est sous-estimée, c'est-à-dire que le reste à charge dentaire représenterait une part plus importante du revenu des plus pauvres s'ils consommaient autant de soins que leur état de santé le nécessite. Concernant les hospitalisations, le reste à charge contribue négativement à l'équité verticale dans le financement dans tous les pays à l'exception de l'Espagne et de l'Italie. En dépit de leur système universel, la Suède et le Danemark ont une structure de reste à charge très régressive. Ce résultat est cohérent avec la croissance d'un système « à deux vitesses » généré par des listes d'attente

trop longues à l'hôpital public et une privatisation grandissante du système sans pour autant prévoir d'exonérations sous condition de ressources dans ces pays (Chambaretaud & Lequet-Slama, 2003). En Suède, le bouclier sanitaire prévu pour le reste à charge hospitalier au grand âge ne permet pas d'atteindre l'équité verticale puisque le plafond ne dépend pas du revenu.

À revenu donné, le reste à charge des consultations médicales et le reste à charge hospitalier sont davantage concentrés chez les plus malades dans presque tous les pays, avec quelques exceptions, remettant en question l'équité horizontale du financement des soins. En Espagne et en Suède, le reste à charge issu des hospitalisations n'est pas plus concentré chez les plus malades, ce qui pourrait suggérer que leurs systèmes prennent en charge les soins des personnes les plus malades afin qu'elles ne soient pas financièrement tenues pour responsables de leur mauvais état de santé (e.g. bouclier sanitaire pour le reste à charge hospitalier des personnes âgées de plus de 85 ans). Il en est de même pour les visites chez le médecin au Danemark où la distribution du reste à charge standardisé sur le revenu ne dérive pas de la situation de parfaite égalité. Dans les autres pays, des dispositifs tels que l'exonération du reste à charge pour les personnes les plus malades pourraient être envisagés ou améliorés afin de réduire les iniquités horizontales dans le financement des soins. Dans le cas des soins dentaires, le reste à charge est plus concentré chez les plus malades au Danemark. En République tchèque, il l'est davantage chez les moins malades, à revenu donné, suggérant une potentielle redistribution du financement des moins malades vers les plus malades. Il convient cependant de ne pas négliger l'existence d'autres facteurs potentiels, comme un renoncement aux soins dentaires plus important chez des individus malades ayant déjà un taux d'effort important sur d'autres postes de soins, ou un moindre recours aux soins dentaires chez les plus malades en raison de la corrélation positive entre état de santé et comportements de prévention.

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, l'utilisation du reste à charge déclaré pourrait être source de biais pour l'analyse d'équité verticale si le report des dépenses est systématiquement erroné chez certains individus (e.g. les individus qui consomment très peu de soins, ou ceux qui en consomment beaucoup).

Néanmoins, ces données nous permettent d'observer le reste à charge final, à l'inverse des données administratives, de façon harmonisée entre pays européens. Ensuite, l'équité horizontale dans le financement des soins pourrait paraître respectée à tort si les personnes en bonne santé (resp. en mauvaise santé) avaient tendance à sur-consommer (resp. sous-consommer) des soins en raison de la corrélation positive entre état de santé et préférence pour la santé. Dans ce cas, le reste à charge pourrait même être davantage concentré chez les moins malades. De la même manière que l'existence de barrières d'accès aux soins chez les plus pauvres tend à surestimer l'équité verticale dans le financement des soins, ne pas observer la préférence pour la santé surestimerait l'équité horizontale dans le financement des soins. Enfin, les personnes les plus malades sont moins représentées dans l'échantillon si celles-ci sont en incapacité de répondre (e.g. à l'hôpital, en institution, etc.). De ce fait, l'échantillon surreprésente les individus en meilleure santé dont le montant annuel de reste à charge est potentiellement moindre. Cette sélection limite la validité externe de nos résultats puisque les mesures d'équité sont calculées sur une population en meilleure santé par rapport à la population totale des 50 ans et plus.

* *
*

Les résultats de cette étude suggèrent que l'équité verticale dans le financement est moins respectée dans les systèmes d'héritage assurantiel que dans les systèmes d'héritage universel, malgré l'existence d'instruments redistributifs. Dans les systèmes universels, l'équité verticale dans le financement semble mieux respectée pour les soins ambulatoires alors que c'est moins le cas à l'hôpital, illustrant ainsi la nécessité de ces systèmes à s'adapter à leur privatisation progressive en proposant des dispositifs d'exonération à destination des plus modestes. Concernant l'iniquité horizontale dans le financement, les systèmes universels semblent être plus performants pour les consultations chez le médecin et les hospitalisations. Ce n'est cependant pas systématiquement le cas pour les soins dentaires, ce qui suggère que des efforts supplémentaires devraient être concentrés sur ces soins, généralement mal couverts, et ce dans les dix systèmes européens que nous avons analysés. □

Lien vers l'Annexe en ligne :

www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/8186052/ES542_Jusot-Lemoine_Annexe-en-ligne.pdf

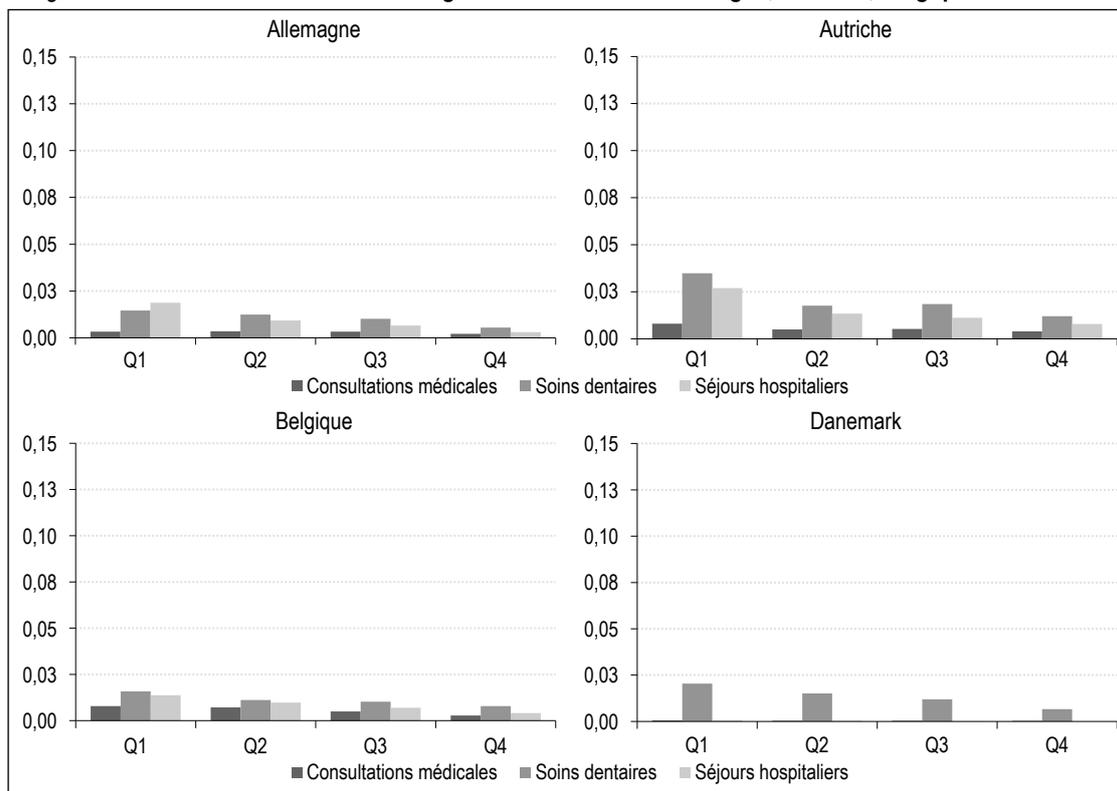
BIBLIOGRAPHIE

- Badel, M. & Pujolar, O. (2008).** Systèmes de santé et accès aux soins : diversité des modèles et enjeux actuels. *Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, 105–125. <https://shs.hal.science/halshs-01075418/>
- Berchet C. & Morgan D. (2018).** Comparaisons internationales des dépenses de santé à la charge directe des patients dans les pays de l'OCDE. *Actualité de Dossier en Santé Publique* N° 102. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger%3FNomFichier%3Dad1021054.pdf>
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmayer, J. M., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. & Zuber, S. (2013).** Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992–1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Chambaretaud, S. & Lequet-Slama, D. (2003).** Les systèmes de santé nationaux du nord de l'Europe et l'influence des modèles libéraux durant la crise des années quatre-vingt-dix. *Revue française des affaires sociales*, 4, 399–422. <https://doi.org/10.3917/rfas.034.0399>
- Chambaretaud, S. & Hartmann, L. (2009).** Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe. *Pratiques et organisation des soins*, 1, 31–38. <https://doi.org/10.3917/pos.401.0031>
- Cylus, J., Thomson, S. & Evetovits, T. (2018).** Catastrophic health spending in Europe: Equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 599–609. <https://doi.org/10.2471/blt.18.209031>
- Daniels, N. (1982).** Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51–81. <https://www.jstor.org/stable/3349700>
- Daniels, N. (1985).** *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Devaux, M., Jusot, F., Sermet, C. & Tubeuf, S. (2008).** Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue française des affaires sociales*, 1, 29–47. <https://doi.org/10.3917/rfas.081.0029>
- EuroQol Research Foundation (2028).** EQ-5D-3L User Guide. <https://euroqol.org/publications/user-guides>
- Fleurbaey, M. & Schokkaert, E. (2009).** Unfair Inequalities in Health and Health Care. *Journal of Health Economics*, 28(1), 73–90. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.07.016>
- Franc, C. & Pierre, A. (2016).** Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 64, S105. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2015.07.025>
- Hourriez, J.-M. & Olier, L. (1998).** Niveau de vie et taille du ménage : estimations d'une échelle d'équivalence. *Économie et Statistique*, 308(1), 65–94. <https://doi.org/10.3406/estat.1998.2591>
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C. & Shmueli, A. (2016).** À quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? *Revue française d'économie*, 31(4), 15–62. <https://doi.org/10.3917/rfe.164.0015>
- Kakwani, N. C. (1977).** Measurement of tax progressivity: an international comparison. *The Economic Journal*, 87(345), 71–80. <https://www.jstor.org/stable/2231833>
- Nezosi, G. (2021).** *La protection sociale*. La Documentation française. <https://doi.org/10.3917/ldf.nezos.2021.01>
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelöw, M. (2007).** Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation. *World Bank Publications*. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>
- OCDE (2024).** *Dépenses de santé et financement : Indicateurs des dépenses de santé. Statistiques de l'OCDE sur la santé* (Base de donnée). <https://doi.org/10.1787/data-00349-fr>
- Paris, V., Hewlett, E., Aaraaen, A., Alexa, J. & Simon, L. (2016).** Health care coverage in OECD countries in 2012. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé* N° 88. Paris: Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/5jlz3kbf7pzv-en>
- Pellet, S. (2020).** Reste à charge et équité du système de santé : le cas du Tadjikistan. *Revue économique*, 71(5), 865–893. <https://www.jstor.org/stable/26956212>
- Perronnin, M. (2018).** Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie. Enseignements des travaux récents de l'Irdes. *Actualité de Dossier en Santé Publique*, 102, 24–29. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1022429.pdf>
- Perronnin, M. & Tubeuf, S. (2006).** Construction d'un indicateur continu d'état de santé agréant risque vital et incapacité. *Questions d'économie de la Santé*, 107. <http://hdl.handle.net/2078/219646>

- Prince, M., Reischies, F. M., Beekman, A. T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivelä, S., Lawlor, B. A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M. M., Van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C. & Copeland, J. R. M. (1999).** Development of the EURO-D scale—a European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, 174(4), 330–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.4.330>
- Rochaix, L. & Tubeuf, S. (2009).** Mesures de l'équité en santé. *Revue économique*, 60(2), 325–344. <https://doi.org/10.3917/reco.602.0325>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. & Wharton, G. (2020).** International Health Care System Profiles. *The Commonwealth Fund*.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. & Paci, P. (1989).** Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 89–112. <https://doi.org/10.1093/oxrep/5.1.89>
- Wagstaff, A. & Van Doorslaer, E. (1994).** Measuring inequalities in health in the presence of multiple-category morbidity indicators. *Health Economics*, 3(4), 281–291. <https://doi.org/10.1002/hec.4730030409>
- Wagstaff, A. (2019).** Measuring catastrophic medical expenditures: Reflections on three issues. *Health Economics*, 28(6), 765–781. <https://doi.org/10.1002/hec.3881>
-

ANNEXE A1

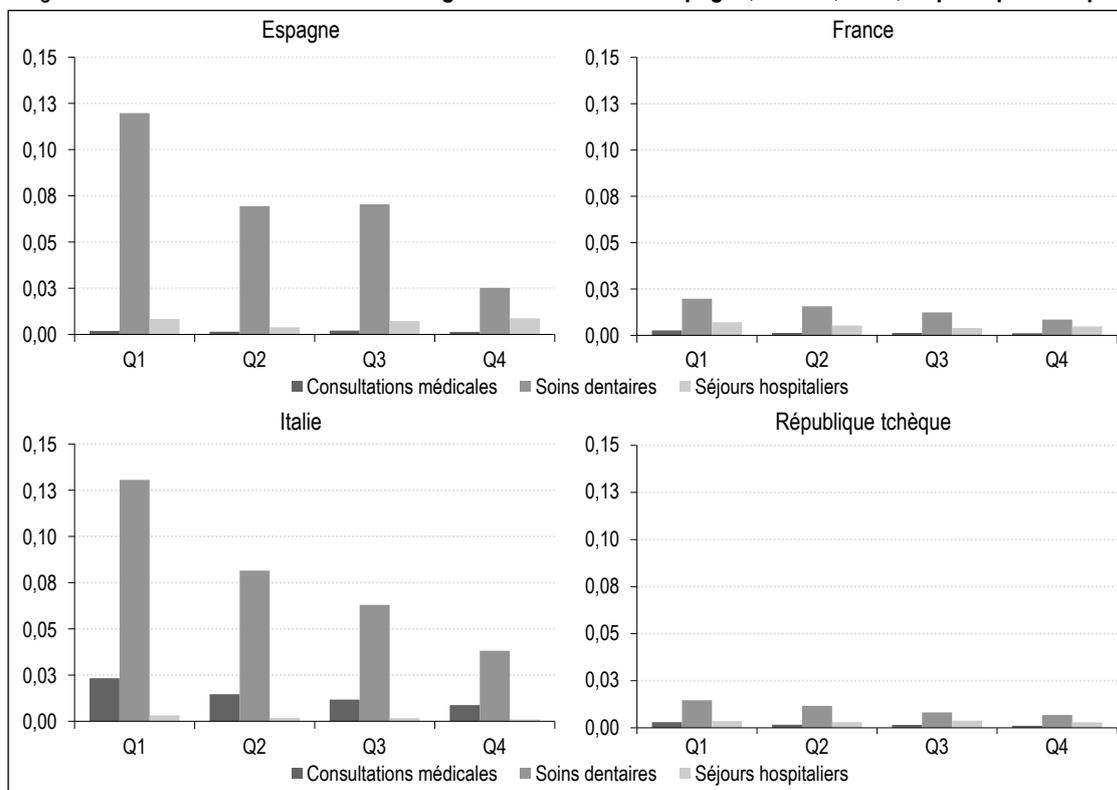
Figure A-I – Taux d'effort du reste à charge selon le revenu – Allemagne, Autriche, Belgique et Danemark



Note : le taux d'effort est égal au ratio reste à charge/revenu.

Source et champ : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

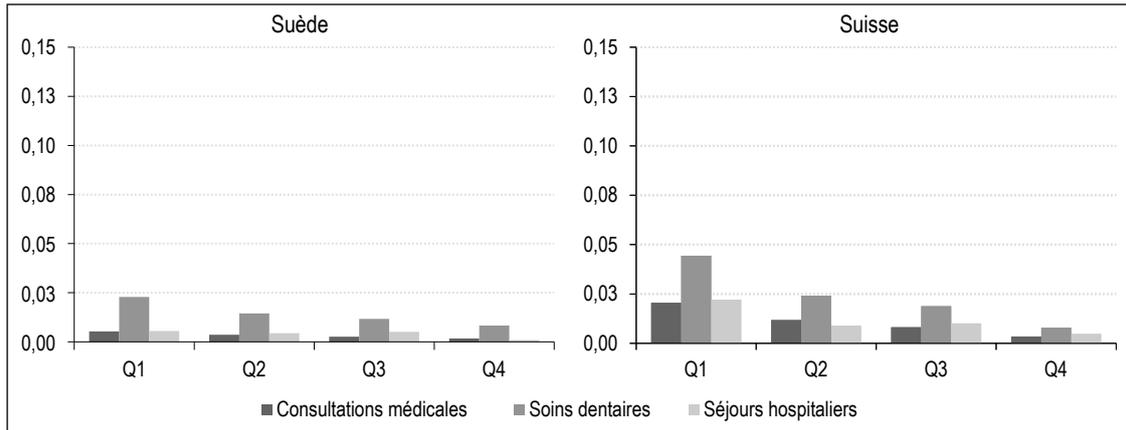
Figure A-II – Taux d'effort du reste à charge selon le revenu – Espagne, France, Italie, République tchèque



Note : le taux d'effort est égal au ratio reste à charge/revenu.

Source et champ : Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

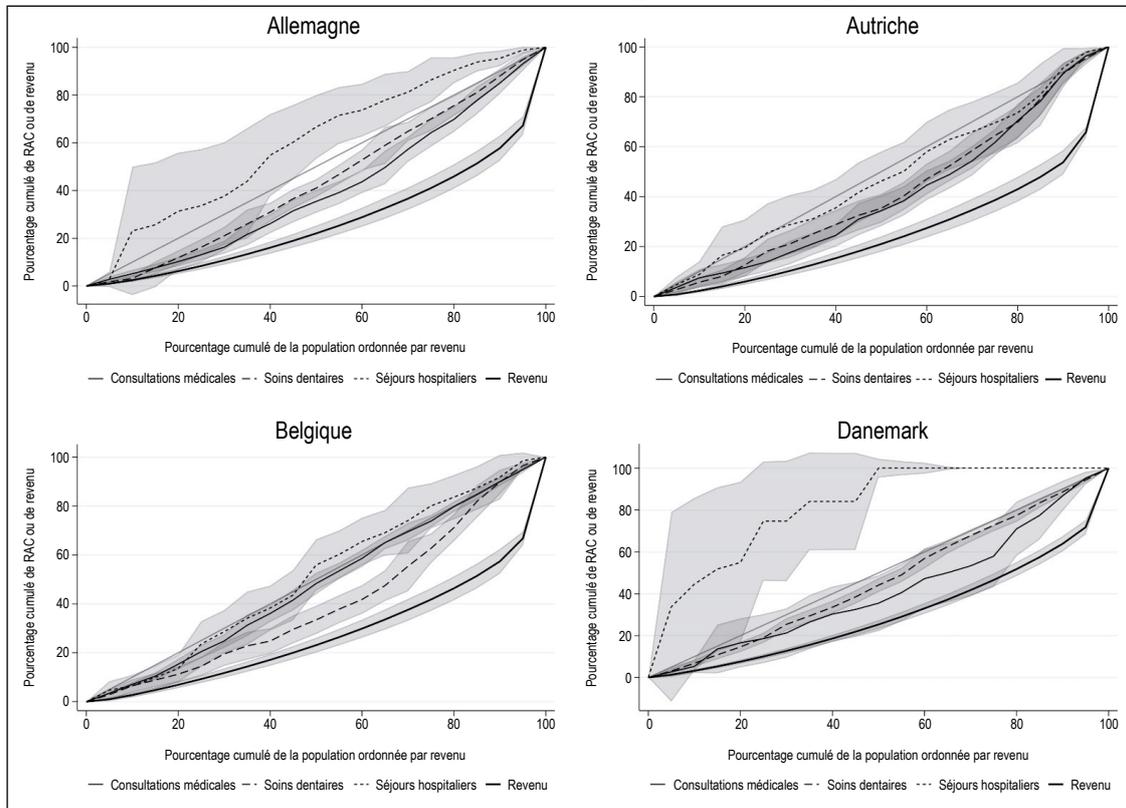
Figure A-III – Taux d'effort du reste à charge selon le revenu – Suède et Suisse



Note : le taux d'effort est égal au ratio reste à charge/revenu.

Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

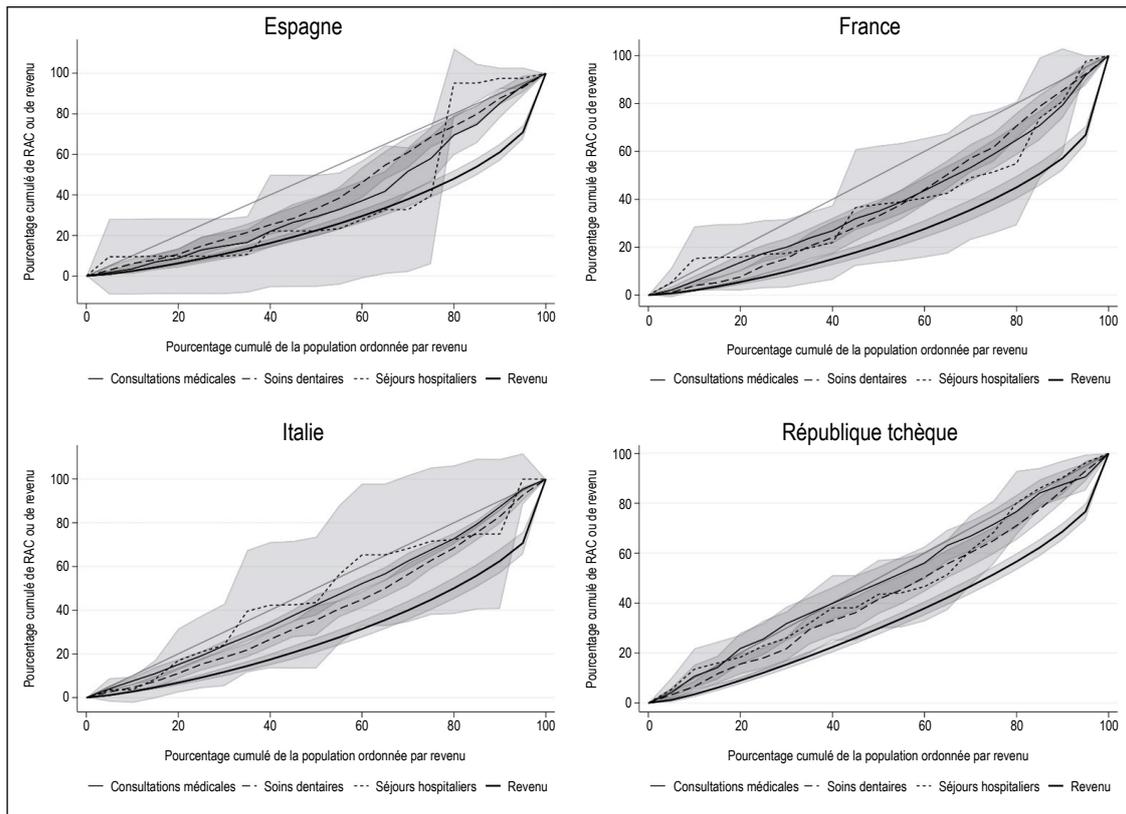
Figure A-IV – Courbes de concentration des restes à charge et courbe de Lorenz dans la population ordonnée par revenu – Allemagne, Autriche, Belgique et Danemark



Note : pour chaque poste de soins, la courbe de concentration représente la part cumulée de reste à charge pour chaque percentile de la population ordonnée du revenu le plus faible au revenu le plus élevé. Les zones grisées représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

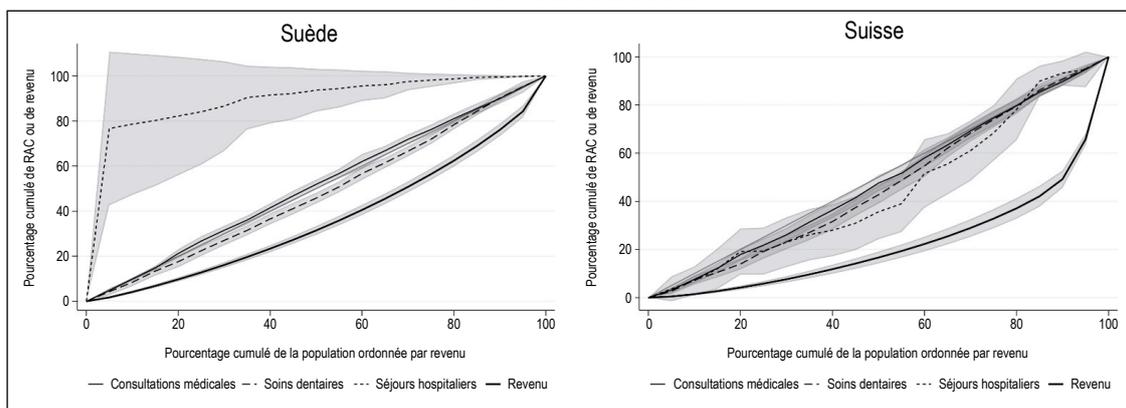
Figure A-V – Courbes de concentration du reste à charge et courbe de Lorenz, population ordonnée par revenu (Espagne, France, Italie et République tchèque)



Note : pour chaque poste de soins, la courbe de concentration représente la part cumulée de reste à charge pour chaque percentile de la population ordonnée du revenu le plus faible au revenu le plus élevé. Les zones grisées représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

Figure A-VI – Courbes de concentration du reste à charge et courbe de Lorenz, population ordonnée par revenu – Suède et Suisse



Note : pour chaque poste de soins, la courbe de concentration représente la part cumulée de reste à charge pour chaque percentile de la population ordonnée du revenu le plus faible au revenu le plus élevé. Les zones grisées représentent les intervalles de confiance à 95 %.

Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

Figure A-VII – Courbes de concentration du reste à charge dans la population ordonnée par état de santé, à revenu donné – Allemagne, Autriche, Belgique et Danemark

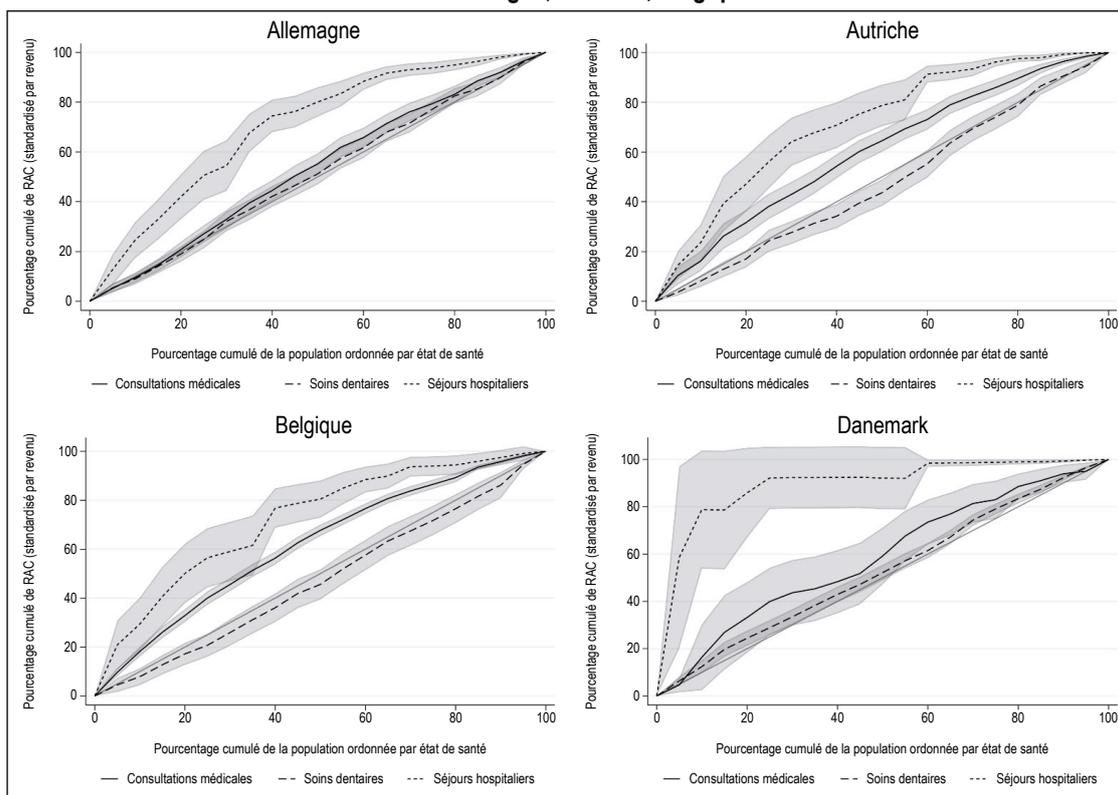
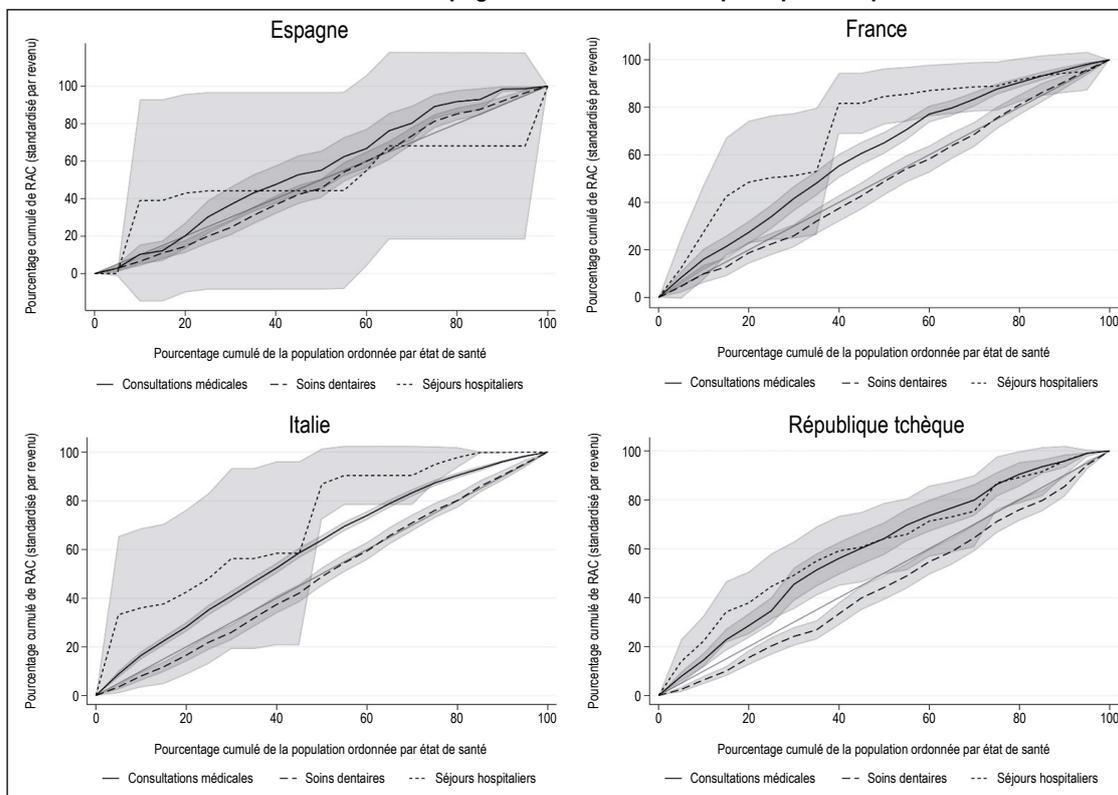
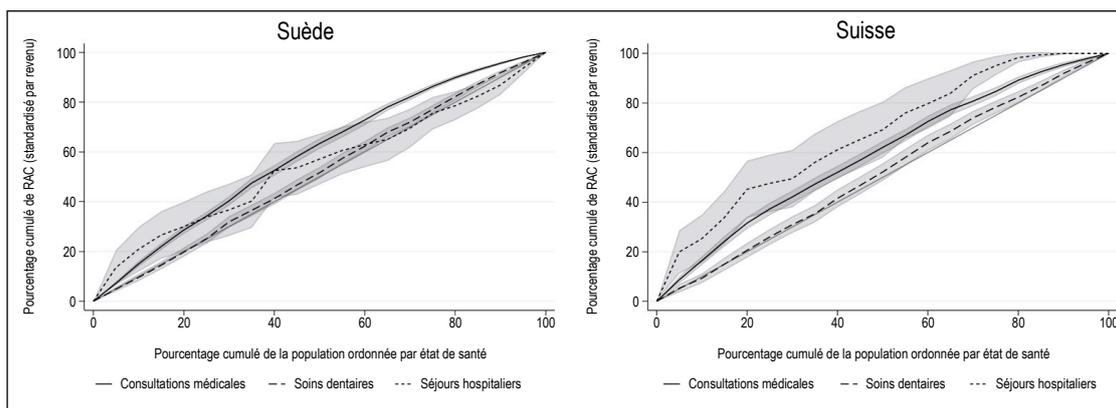


Figure A-VIII – Courbes de concentration du reste à charge dans la population ordonnée par état de santé, à revenu donné – Espagne, France, Italie et République tchèque



Note : pour chaque poste de soins, la courbe de concentration représente la part cumulée de reste à charge pour chaque percentile de la population ordonnée de l'état de santé le plus faible au plus élevé. Les zones grisées représentent les intervalles de confiance à 95 %.
 Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.

Figure A-IX – Courbes de concentration du reste à charge dans la population ordonnée par état de santé, à revenu donné – Suède et Suisse



Note : pour chaque poste de soins, la courbe de concentration représente la part cumulée de reste à charge pour chaque percentile de la population ordonnée de l'état de santé le plus faible au plus élevé. Les zones grisées représentent les intervalles de confiance à 95 %.
Source et champ : *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, 2013-2017, individus âgés d'au moins 50 ans.