

## Quelle contribution du reste-à-charge à l'équité dans le financement des soins chez les 50 ans et plus ? Une exploration des données européennes SHARE

### Résumé

Assurer l'équité dans l'accès aux soins revient à assurer l'équité dans leur financement, c'est-à-dire garantir que les soins des plus pauvres soient subventionnés par les contributions des plus aisés (équité verticale dans le financement des soins), mais aussi que les personnes en mauvaise santé ne soient pas exposées à des dépenses catastrophiques ou à des renoncements pour des raisons financières, à revenu donné (équité horizontale dans le financement des soins). Cependant, aucun système public ne couvre entièrement toutes les dépenses de santé : le reste à charge (RAC) existe donc dans tous les systèmes. Parce que les RAC ne sont payés que par les consommateurs de soins, ils peuvent compromettre ces deux principes d'équité du financement dans les systèmes de santé, en particulier dans les pays où ils sont moins réglementés. Nous cherchons à évaluer la contribution du RAC à ces deux principes d'équité dans le financement en utilisant l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) afin de comparer les résultats parmi des individus âgés d'au moins 50 ans dans 10 pays européens. En utilisant la méthode des indices de concentration, nous montrons une régressivité plus accrue du RAC dans des systèmes à dominance privée comme la Suisse. Ce type de système va à l'encontre des principes d'équité verticale dans le financement des soins puisque les individus les plus pauvres contribuent plus que les plus riches en proportion de leurs revenus. Concernant le précepte d'équité horizontale dans le financement des soins, il semble être davantage respecté dans les pays dont les systèmes de soins sont à dominance publique (Danemark et Espagne par exemple).

Mots-clés : Reste-à-charge, équité, financement du système de soins, accès aux soins