

# Le système de santé français est-il exceptionnellement « généreux » ?

On peut lire parfois que la situation financière de l'assurance-maladie en France serait due à un système excessivement généreux pour les patients, qui conduirait à des dépenses non pertinentes. Ce numéro examine donc deux questions :

- Le système de santé français est-il particulièrement généreux ?
- Accroître la participation financière des patients améliore-t-il la pertinence de la dépense ?

## La part des dépenses de santé directement financée par les patients est particulièrement faible en France

La dépense de santé restant à la charge (RAC) des patients après prise en charge par le financement public et par les assurances, est une manière courante de mesurer le niveau de protection d'un système de santé. Son niveau dépend du caractère universel de la couverture santé (part de la population couverte), du panier de soins remboursé et de la participation financière des patients au coût des soins remboursés.

En 2023, ce RAC représente 10,2 % de la dépense de santé en France, soit le 3<sup>ème</sup> niveau le plus faible de l'Union européenne, derrière le Luxembourg (9,7 %) et la Croatie (9,4 %)¹. Il est toutefois proche des niveaux de plusieurs systèmes de santé d'Europe du Nord-Ouest : Allemagne (11,1 %), Pays-Bas (12 %), Suède (13 %). Le niveau de l'UE-27 est à 14,6 %.

## Toutefois cette part ne constitue pas une bonne mesure de l'accessibilité financière des soins

En effet, il faut tenir compte, dans l'appréciation de la charge financière pour les ménages liée à la santé² :

- des différences entre les ménages : la part du RAC n'est qu'une moyenne. Pour un même taux de RAC, l'accessibilité financière des soins est très différente selon la façon dont est financée la majorité des dépenses. Les États-Unis ont un RAC moyen de 10,9 %, proche de celui de la France, qui masque de fortes inégalités : 8 % de la population n'a aucune couverture tandis que d'autres bénéficient de diverses couvertures (programmes publics pour 33 % ; assurances privées pour 61 %) avec des niveaux de RAC très inégaux³, notamment en raison de montants de franchises élevés et très variables⁴ ;
- des cotisations d'assurance privée, qui représentent 73% des dépenses que les ménages consacrent à la santé en 2019⁵.

1. DREES, Les dépenses de santé en 2024, édition 2025. En valeur absolue, le RAC moyen s'élève en France à 440 € par habitant, contre 580 dans l'UE, en parité de pouvoir d'achat.

2. Hcaam, *L'accessibilité financière des soins pour les ménages : comment la mesurer ?*, 2011.

3. US Census Bureau, *Current Population Survey, 2024 and 2025 Annual Social and Economic Supplement*. Le total dépasse 100% car certaines personnes peuvent cumuler deux types de couverture. La fin des crédits d'impôts pour l'acquisition d'une assurance santé se traduirait par une baisse de 5 millions du nombre de personnes assurées (M. McGough, J. Ortaliza, J. Lo, C. Cox, « What We Know So Far About ACA Marketplace Enrollment, Premiums, and Deductibles », [www.kff.org](http://www.kff.org) (site de la Kaiser Family Foundation).

4. Selon l'enquête citée sur les contrats Affordable Care Act (contrats à souscription individuelle), la franchise moyenne pondérée de ces contrats serait en 2026 de 3786 \$, mais de 7476 \$ pour les 40 % de ces contrats les moins généreux.

5. Sur le champ des dépenses de santé remboursables, et des ménages vivant en logement ordinaire. A. Lapinte, R. Solotareff, C. Pollak (dir), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Edition 2024*, Panoramas de la Drees.

Le poids de ces dépenses (RAC et cotisations d'assurance) dans le revenu des ménages constitue le « taux d'effort », indicateur suivi en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il se situe en 2019 à 4,5 % du revenu disponible, avec des écarts importants : il est de 5,6 % du revenu pour les 10 % des ménages les plus pauvres, contre 2,5 % pour les 10 % les plus aisés.

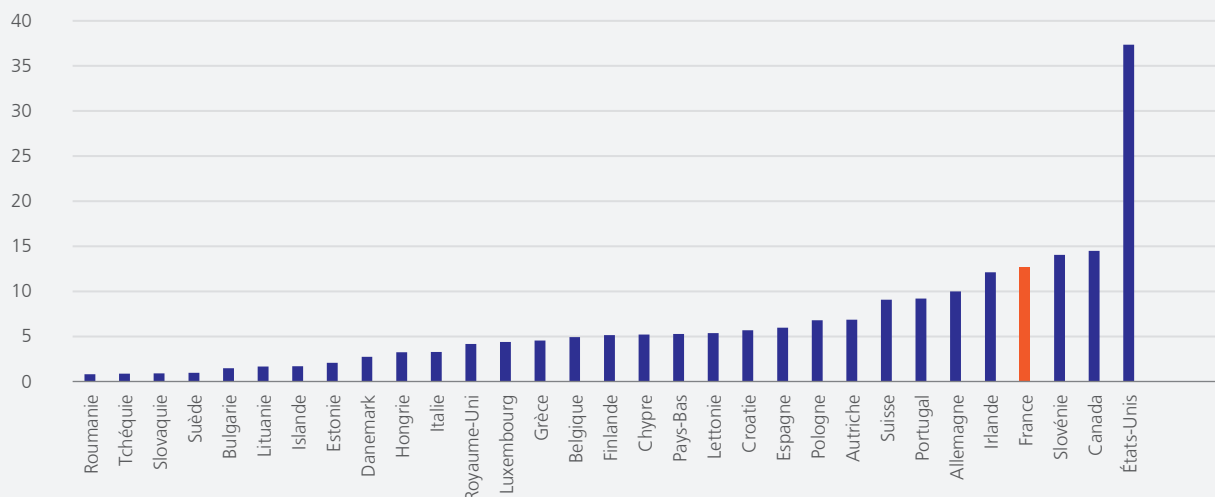
## Le faible niveau moyen de RAC en France résulte en partie du rôle important des couvertures privées

En 2023, la part de l'assurance privée représente 12,7 % de la dépense de santé en France, soit un niveau particulièrement élevé (le 2<sup>ème</sup> en Europe)<sup>6</sup>. La France fait en effet partie d'un petit groupe de pays<sup>7</sup> qui font coexister une prise en charge publique importante et une part des assurances privées comprise entre 10 et 15%, alors qu'en général une prise en charge publique nettement majoritaire s'accompagne d'une part de l'assurance privée extrêmement réduite.

### Encadré : Couverture publique, couverture privée : quels critères de distinction ?

Les mots « public » et « privé » employés ici sont des raccourcis, pour opposer des couvertures faisant l'objet d'une très forte régulation (obligation d'assurance, garanties uniformisées), même si elles sont mises en œuvre par des assureurs privés, et des couvertures relevant du marché car laissant de plus grandes possibilités de différenciations des garanties voire une absence de couverture généralisée. Ainsi, nous classons l'assurance-maladie de base néerlandaise et l'assurance-maladie suisse, gérées par des assureurs privés, au sein des couvertures « publiques » à cause de l'obligation d'assurance et de l'uniformité des garanties<sup>8</sup> imposées par la loi. En revanche, les assurances privées américaines, l'assurance privée allemande<sup>9</sup>, ou les assurances complémentaires françaises, relèvent bien du marché, du fait des différences de niveaux de couverture<sup>10</sup>.

**Graphique 1 : Part des dépenses de santé prises en charge par les assurances privées en 2023**



Source : Comptes de la santé, DREES, graphique Hcaam. Le graphique présente les dépenses classées par la DREES comme prise en charge par les assurances privées, obligatoires ou non, sauf pour les Pays-Bas et la Suisse où le chiffre ne porte que sur les assurances facultatives privées en raison des spécificités de ces systèmes.

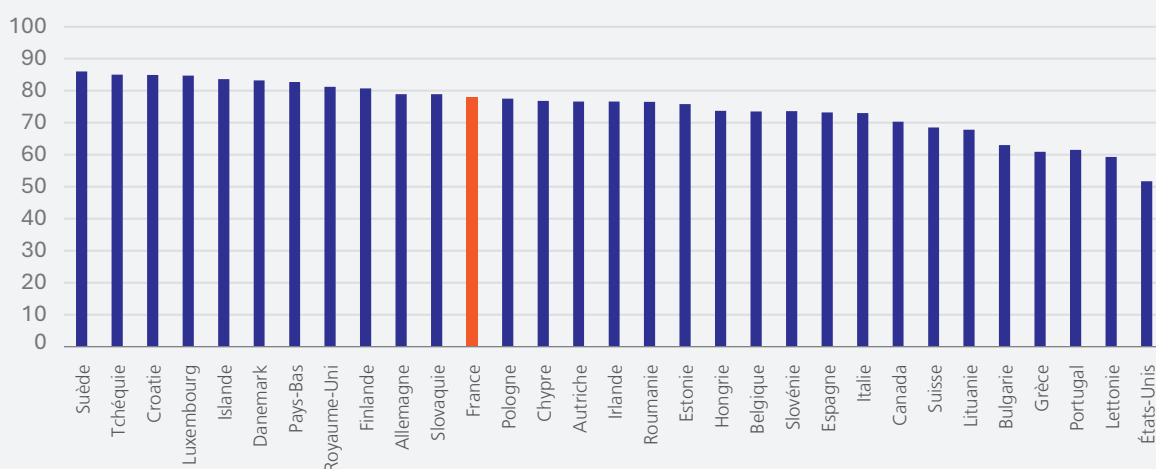
6. DREES, *Les dépenses de santé en 2024*, édition 2025.
7. Allemagne, France, Slovénie, Irlande, Canada.
8. Les possibilités de différenciation, encadrées, portent sur les niveaux de franchise.
9. Possibilité de couverture ouverte, en alternative à la couverture publique, pour les indépendants et les personnes dépassant un certain niveau de revenu.
10. D. Polton, V. Paris, « L'articulation entre assurance-maladie obligatoire et assurance-maladie complémentaire, une spécificité française ? », *Regards*, 2016 ; V. Paris, « La couverture santé dans les pays de l'OCDE », *Les Tribunes de la santé*, 2020.

Or, la couverture des dépenses par les assurances privées est inégale. D'une part, 3,4 % de la population ne dispose pas de couverture complémentaire en France (un chiffre qui monte à 7 % pour les 20 % des ménages les moins aisés)<sup>11</sup>. En outre, les niveaux des couvertures complémentaires sont très inégaux.

## Une prise en charge publique dans la moyenne européenne

La part des dépenses de santé couvertes par un financement public constitue un meilleur indicateur du degré d'accessibilité de ces dépenses. Avec 78 % des dépenses prises en charge par les administrations publiques, la France est sur ce point au 10<sup>ème</sup> rang de l'UE (et au 12<sup>ème</sup> rang européen), derrière l'Allemagne. Au sein des pays d'Europe continentale du Nord-Ouest, la France est 7<sup>ème</sup> sur 10.

**Graphique 2 : Part des dépenses de santé prises en charge par un financement public en 2023**



Source : Comptes de la santé, DREES, graphique Hcaam. Le graphique présente les dépenses classées par la DREES comme prise en charge par l'Etat, les autorités locales et les assurances publiques. Pour les Pays-Bas et la Suisse, le chiffre inclut en outre les assurances obligatoires gérées par des organismes privés en raison des spécificités de ces systèmes.

## La baisse de long terme du RAC résulte de la concentration des dépenses sur les maladies chroniques et non d'une évolution des règles de prise en charge

L'évolution sur longue période du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)<sup>12</sup> montre que la part à la charge des patients a diminué de façon quasi-ininterrompue entre 2010 et 2023<sup>13</sup>, passant de 10,1 % à 7,7 %. Elle est légèrement remontée en 2024 à 7,8 %.

Le développement des pathologies chroniques dont une grande partie donne lieu au régime des affections de longue durée (ALD) ainsi que la hausse de leurs coûts de traitement conduisent à concentrer les dépenses sur les soins au titre des ALD, pris en charge à 100 %. Cela accroît, toutes choses égales par ailleurs, la part des dépenses remboursée par l'assurance-maladie obligatoire

11. A. Desjonquères, A. Fauchon, « En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres », *Les dossiers de la DREES*, n° 137, 2026.

12. Le partage des dépenses entre types de financeurs ne peut pas être réalisé sur la DCS : il l'est sur la CSBM, qui est un périmètre légèrement plus restreint que la DCS (la CSBM représente 77% de la DCS). Par rapport à la CSBM, la DCS ajoute : les dépenses dites de soins de longue durée (intégrant notamment l'accompagnement de la perte d'autonomie et du handicap), les dépenses de prévention institutionnelle et les dépenses de gouvernance du système. La part du reste à la charge des ménages est légèrement plus élevée pour la DCS que pour la CSBM, en raison d'une participation financière des ménages plus élevée sur l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie.

13. La tendance a été perturbée entre 2020 et 2022, avec une baisse importante en 2020 du fait des dépenses exceptionnelles liées à la pandémie (tests pris en charge à 100%) et une légère remontée en 2021, en raison du retour progressif à la structure des dépenses de santé antérieure à la crise sanitaire, et au reflux des dépenses exceptionnelles liées à la pandémie.

(AMO). Cette hausse de la part de l'AMO ne traduit pas une évolution des règles conduisant à une réduction du RAC *pour un même soin* : il résulte d'une concentration de la dépense sur les soins les mieux couverts (effet de structure).

## Faire payer davantage le patient n'améliore pas la pertinence médicale des dépenses

La « responsabilisation » du patient à travers la participation financière, présente dès les débuts de la sécurité sociale en France avec le « ticket modérateur », repose sur l'idée qu'en faisant payer davantage le patient pour les soins, on réduirait les consommations non pertinentes. Dans le contexte français, cet impact a été étudié concernant l'avance de frais, le ticket modérateur ou encore les franchises :

- la mise en place du tiers-payant en officine<sup>14</sup> ne s'accompagne pas d'une hausse de la consommation, sauf pour les revenus les plus bas, pour lesquels il permet que les dépenses « rattrapent » le niveau moyen ;
- l'existence de la CMU-C<sup>15</sup> a montré que le bénéfice de la CMU-C favorise le recours aux soins de ville parmi les personnes auparavant non couvertes par une complémentaire santé ; en revanche, le régime alsacien-mosellan<sup>16</sup> ne montre pas qu'une meilleure couverture par l'assurance-maladie accroît la dépense de santé ;
- l'absence de complémentaire santé est associée à une moindre consommation de soins<sup>17</sup>. Le bénéfice d'une couverture complémentaire accroît la probabilité de consommer des médicaments ou des actes de biologie, mais pas le niveau de leur dépense des personnes qui en consomment<sup>18</sup> : les personnes sans couverture peuvent renoncer aux consultations médicales et donc ne pas bénéficier de prescriptions de médicaments et de biologie, mais une fois qu'il y a consultation, la dépense est déterminée par le prescripteur ;
- la création des franchises en 2008<sup>19</sup> n'aurait modifié la consommation de médicaments que pour 12 % des personnes interrogées, avec toutefois un impact déclaré nettement plus élevé pour les 40 % des ménages les moins aisés ainsi que pour les personnes ayant un moins bon état de santé.

Il ressort de ces travaux que ces participations financières du patient ont surtout un impact sur le comportement des ménages à bas revenu.

Hors de France, les analyses faites depuis la très influente expérience de la RAND aux Etats-Unis<sup>20</sup> vont dans le même sens que les revues de littérature récentes<sup>21</sup> : elles concluent qu'une hausse de la participation financière du patient réduit le recours aux soins, particulièrement pour les patients à bas revenu. Elle réduit l'observance thérapeutique pour des traitements pour pathologies chroniques. Deux études sur le reste à charge sur les médicaments dans le cadre de Medicare<sup>22</sup> montrent des interruptions de traitements pour les personnes atteintes de pathologies chroniques,

14. P. Dourgnon, M. Grignon, *Le tiers payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé*, Rapport n° 490, 2000, IRDES.

15. B. Carré, F. Jusot, J. Witwer, « Do Prices Matter for Healthcare Accessibility? Evidence From a Means-Tested Complementary Health Insurance in France », *Health Economics*, 2025.

16. L. Davezies, L. Toulemon, « Does Moving to a System with a More Generous Public Health Insurance Increase Medical Care Consumption ? », *Annals of Economics and Statistics*, 2015.

17. Jess N., « Les effets de la couverture universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Études et résultats*, DREES, n°944, 2015.

18. D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et résultats*, n° 378, DREES, 2005.

19. B. Kambia-Chopin, M. Perronin, « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 158, IRDES, 2010.

20. Travaux de la RAND Corporation menés entre 1974 et 1982. J.Newhouse (ed). *Free for All ? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Harvard University Press, 1993, 489p.

21. Une revue de littérature systématique sur 31 études réalisées aux Etats-Unis, au Canada ou en Europe (Marlon Graf, James R. Baumgardner, Ulrich Neumann, Iris P. Brewer, Jacquelyn W. Chou, A. Mark Fendrick, « Economic Evidence on Cost Sharing and Alternative Insurance Designs to Address Moral and Behavioral Hazards in High-Income Health Care Systems: A Systematic Review », *Journal of Market Access and Health Policy*, 2024); une revue de littérature systématique menée sur 79 études aux Etats-Unis (Fusco, N.; Sils, B.; Graff, J.S.; Kistler, K.; Ruiz, K. « Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. », *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 2023, 29, 4–16); une revue de littérature sur 66 études américaines (Eaddy, M.T.; Cook, C.L.; O'Day, K.; Burch, S.P.; Cantrell, C.R., « How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: A literature review », *Pharmacology and Therapeutics*. 2012, 37, 45–55).

22. Assurance santé publique pour les personnes âgées de 65 ans et plus et certaines personnes handicapées aux Etats-Unis.

avec des effets mesurables au bout d'un an sur leur mortalité<sup>23</sup>, tout particulièrement pour les patients ayant les risques de santé les plus élevés, qui réduisent toutes leurs consommations de médicaments, sans différencier selon leur importance.

Ainsi, une hausse de participation financière des patients ne permet pas de prioriser les soins en fonction de leur intérêt de santé : les patients réagissent ou non en fonction de leur revenu et de leur niveau préalable de dépenses de santé, mais s'ils le font, c'est de façon indifférenciée.

Par ailleurs, accroître la participation financière sur les soins de ville peut se traduire par une hausse des hospitalisations<sup>24</sup>.

En Allemagne, une participation forfaitaire de 10 € par trimestre pour les consultations en ville, introduite en 2004 pour dissuader les consultations inutiles, a été supprimée en 2012 : la charge administrative était considérée comme disproportionnée au regard de son rendement, et de son effet, faible ou nul, sur les comportements<sup>25</sup>.

## Quel impact redistributif des hausses de ticket modérateur et des franchises ?

Une hausse du ticket modérateur ou des franchises<sup>26</sup> accroît le taux d'effort des ménages. Si la C2S préserve une partie des ménages pauvres de ces mesures, ce n'est pas le cas de tous : ceux qui parmi les 20 % de ménages les plus pauvres ne bénéficient pas de la C2S supportent une hausse du taux d'effort supérieure de 20 à 25 % à celle de la moyenne des ménages.

L'impact des hausses de franchises ou d'une hausse de ticket modérateur sur les médicaments croît avec l'âge des personnes. Ainsi, le coût d'une hausse de ticket modérateur sur les médicaments est deux fois et demie plus élevé pour un ménage de 75 ans que pour un ménage de 40 à 54 ans.

### Que faut-il retenir ?

- 1** - La France se caractérise par un reste à charge faible.
- 2** - Elle se distingue aussi par le rôle important des assurances complémentaires, qui introduit des disparités.
- 3** - La part du financement public en France n'est pas exceptionnelle.
- 4** - La participation financière du patient ne permet pas véritablement d'accroître la pertinence des soins. La question de son niveau constitue certes un débat légitime, qui renvoie à des choix, de nature éminemment politique, sur le partage des coûts de la santé entre les patients et les différents acteurs économiques finançant l'assurance-maladie.

23. A. Chandra, E. Flack, Z. Obermeyer, « The health costs of cost sharing », *National Bureau of Economic Research Working Papers*, n°28439, 2021; E. T. Roberts, J. Phelan, A. L. Schwartz, E. R. Meara, D. Ruggiero, L. Estenson, R. M. Werner, J. F. Figueroa, « Loss of Subsidized Drug Coverage and Mortality Among Low-Income Medicare Beneficiaries », *New England Journal of Medicine*, 2025.

24. Fusco et al., *op. cit.*

25. J. Schreyögg, M. Grabka, 2010, « Copayments for ambulatory care in Germany : a natural experiment using a difference-in-difference approach », *European Journal of Health Economics*, 11(3) : 331-41, 2010.

26. Le terme désigne ici les franchises sur les médicaments, les auxiliaires médicaux et les transports, ainsi que les participations forfaitaires sur les consultations médicales et les actes de biologie.