

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages sont un frein potentiel à l'accès aux soins et peuvent conduire certains ménages à renoncer à des soins. C'est pourquoi, la plupart des pays de l'OCDE prévoient des exemptions partielles ou totales de participation financière à destination de populations spécifiques. Dans les pays considérés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (par exemple en Allemagne où le **reste à charge** est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âges (enfants et personnes âgées) ou les femmes enceintes.

C'est en France que la part des dépenses de santé à la charge des ménages est la plus faible

En 2017, dans les pays de l'UE-15, 16 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [voir glossaire] est en moyenne à la charge des ménages (*graphique 1*). Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les pays du Sud (35 % en Grèce, 28 % au Portugal et 24 % en Espagne), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (NM [voir glossaire]) pour lesquels les données sont disponibles (22 % en moyenne) et en Suisse (29 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi (9 %).

La part de la DCSi restant à la charge des ménages est un peu supérieure à celle constatée en France dans les trois pays scandinaves, en Allemagne et au Japon : les régimes publics ou obligatoires y couvrent pourtant une part plus importante de la dépense (84 % ou plus) mais les assurances privées non obligatoires une part quasiment nulle. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*), l'extension de la population couverte par *Medicaid* et la réorganisation de la couverture santé individuelle conduisent à une restructuration du financement de la DCSi, avec une part de reste à charge désormais proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins et les primes d'assurances y sont particulièrement élevées, du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays.

Dès lors, le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, [voir glossaire]) aux États-Unis (880 euros PPA en 2017) est nettement supérieur à ceux des autres pays comparés ici, à l'exception de la Suisse (1 630 euros PPA). Le reste à charge en santé des ménages est en moyenne de 540 euros PPA dans

l'UE-15 et 380 euros PPA dans les NM. Au sein de l'UE-15 c'est en France qu'il est le plus faible, avec 360 euros PPA de dépenses annuelles à la charge des ménages, alors qu'il dépasse 650 euros PPA en Autriche, en Finlande, en Norvège et en Belgique.

Soins de ville et médicaments, premiers postes de reste à charge en santé

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires, notamment en cabinets médicaux et dentaires, constituent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent en moyenne près d'un tiers du total [*graphique 2*]. Ensuite, un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (voir fiche 40). L'importance du poste médicament tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières (8 % du total en moyenne dans l'UE-15). En France, en 2017, les soins ambulatoires (26 %) et les dépenses pharmaceutiques (19 %) représentent les principaux postes de dépenses restant à la charge des patients.

Des niveaux de reste à charge influencés par les réformes en Europe et aux États-Unis

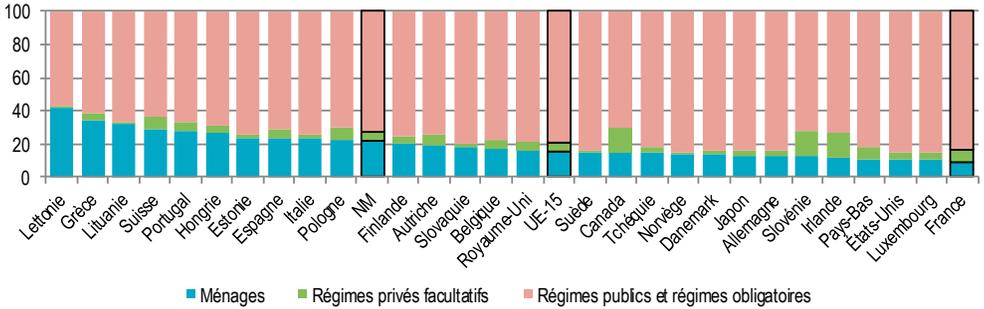
Entre 2006 et 2017, la part du reste à charge des ménages dans la DCSi est relativement stable à l'échelle globale et en France. On observe toutefois des évolutions différenciées avant et après le déclenchement de la crise (*graphique 3*). Dans les pays du sud de l'Europe en particulier, la part des dépenses financées par les ménages s'est réduite entre 2006 et 2009 et celle des financements publics a augmenté. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics dans les pays les plus touchés par la crise, à la suite des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 3 et 4 points en Espagne et au Portugal entre 2009 et 2017. Aux Pays-Bas, la hausse du reste à charge est associée au recul des régimes obligatoires.

Enfin, la souscription obligatoire à l'assurance maladie depuis 2009 en Allemagne et 2014 aux USA se traduit par des transferts de l'assurance privée facultative vers l'assurance obligatoire et contribue au recul du reste à charge des ménages de plus d'un point entre 2009 et 2017.

Le **reste à charge des ménages** est le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Tel que calculé par l'OCDE, il comprend leur participation au coût des soins (franchises, ticket modérateur, etc.), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassements d'honoraires médicaux, hébergement, non compris dans la CSBM, mais relevant de la DCSi, etc.). Les données comparables calculées par l'OCDE sont exprimées en dollars US en parité de pouvoir d'achat (PPA) et converties ici en euros avec la France comme pays de référence.

Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2017

En % des dépenses courantes de santé au sens international



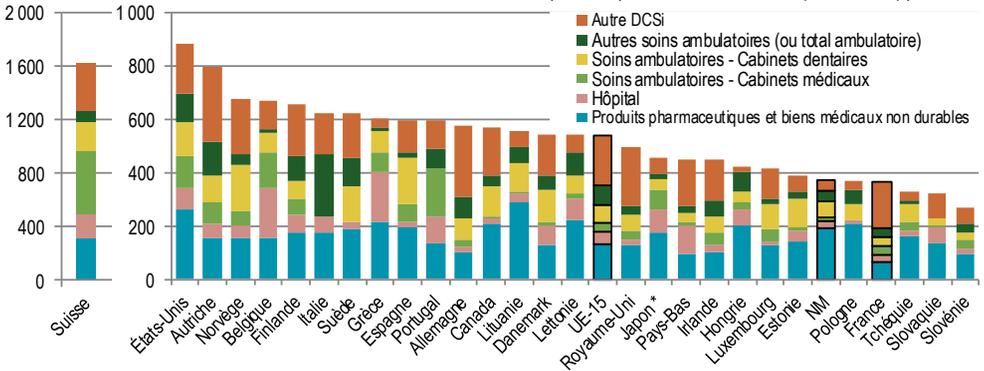
Note > Pour la France, les régimes privés facultatifs ne comportent plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 (voir annexe 1). Pour le Luxembourg, les régimes étrangers des non-résidents sont exclus.

Champ > Les pays européens disponibles de l'UE-15 et des NM (voir glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2017

En parité de pouvoir d'achat courante (en euros FR) par habitant



* Données 2016.

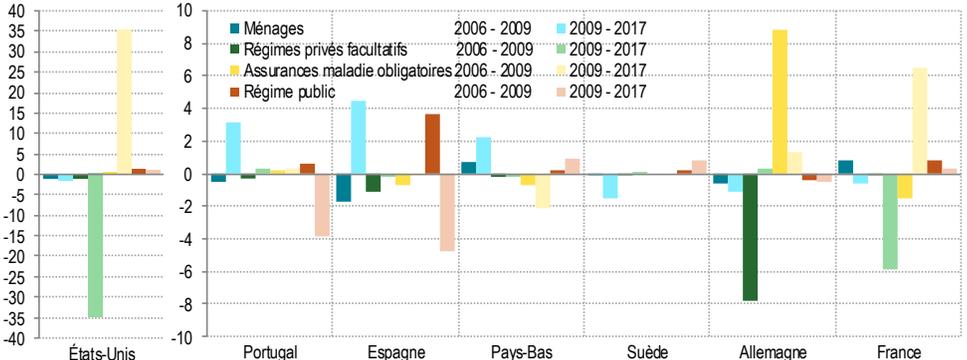
Note > Les PPA calculées par l'OCDE avec le dollar des États-Unis comme monnaie et les États-Unis comme pays de référence sont converties ici avec l'Euro comme monnaie et la France comme pays de référence.

Champ > Les pays européens disponibles de l'UE-15 et des NM (voir glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Évolutions 2006-2009 et 2009-2017 de la répartition des financements

En points d'évolution de la part du financement dans les dépenses courantes de santé au sens international



Note > Toutes les données disponibles ne sont pas présentées dans ce graphique. En France, en application de la loi du 14 juin 2013, toutes les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer une assurance complémentaire santé à leurs salariés depuis le 1^{er} janvier 2016. De ce fait, les contrats collectifs, auparavant facultatifs et considérés comme tels dans les données sont, depuis cette date, comptabilisés comme obligatoires dans SHA.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).