

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 (voir fiche 40). Dans la plupart des pays de l'OCDE, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir leur accès aux soins. Dans ceux présentés 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, le **reste à charge** est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées) ou pour les femmes enceintes.

### C'est en France que la part des dépenses courantes de santé à la charge des ménages est la plus faible des pays de l'OCDE

En 2016, dans les pays de l'UE-15, 16 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [voir glossaire] sont en moyenne à la charge des ménages (*graphique 1*). Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (22 % en moyenne) pour lesquels les données sont disponibles (NM) [voir glossaire] et en Suisse (30 %). 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 (10 %).

La part du reste à charge dans la DCSi est un peu supérieure à celle constatée en France dans la plupart des pays scandinaves, en Allemagne et au Japon, où les régimes publics ou obligatoires couvrent une part plus importante de la dépense (environ 85 %) et les assurances privées une part quasi-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, désormais proche de celui constaté en France. Toutefois, la dépense de soins y est particulièrement élevée, 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] est nettement supérieur aux États-Unis (880 euros PPA) à celui des autres pays comparés ici, à l'exception de la Suisse (1 870 euros PPA). Il est également supérieur en Norvège (720 euros PPA) à celui constaté dans les pays de l'UE (en moyenne 550 euros PPA dans l'UE-15 et 360 euros

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

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

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent près d'un tiers du total (dont 6 % du total en cabinets médicaux et 12 % en cabinets dentaires) [*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 45). 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. En France, en 2016, les dépenses pharmaceutiques représentent le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (24 %) devant les soins ambulatoires (23 %).

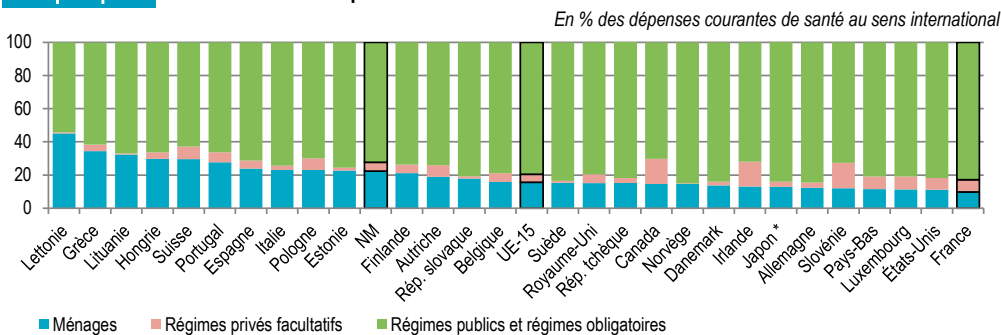
### Des niveaux de reste à charge influencés par les réformes en Europe et aux États-Unis

Entre 2006 et 2016, la part du reste à charge des ménages dans la DCSi est relativement stable. C'est notamment le cas en France et au Danemark où les variations sont faibles sur l'ensemble de la période. Cette relative stabilité globale entre 2006 et 2016 masque 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. Ce recul a alors été compensé par les financements publics. 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 points en Espagne et au Portugal entre 2009 et 2016.

Par ailleurs, la souscription à l'assurance maladie rendue obligatoire en 2009 en Allemagne et en 2014 aux USA (avec l'entrée en vigueur de l'ACA) 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 2016.

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...), 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...).

### Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2016



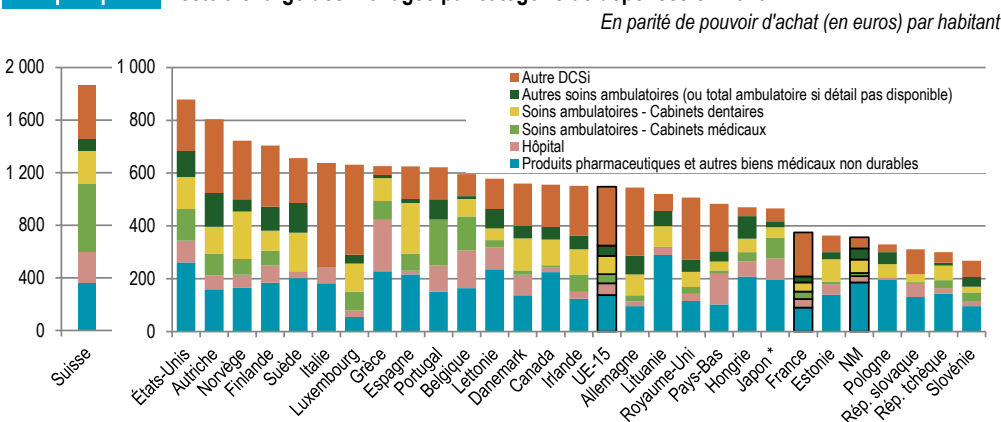
\* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

**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<sup>er</sup> janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 (voir annexe 1).

**Champ** > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

### Graphique 2 Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2016

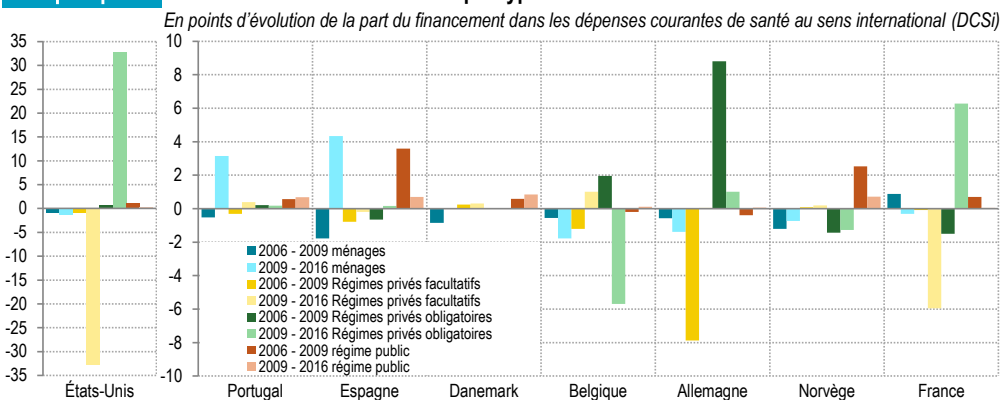


\* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

**Champ** > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

### Graphique 3 Évolution 2006-2016 de la DCSi par type de financements



**Note** > 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<sup>er</sup> 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 (annexe 1).

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