

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 (fiche 40). Dans la plupart des pays, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir l'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 plafonnement du reste à charge selon les ressources), pour certaines tranches d'âges (enfants et personnes âgées) ou pour les femmes enceintes.

## 15 % des dépenses courantes de santé payées directement par les ménages dans l'UE 15

En 2014, dans les pays de l'UE 15, 15 % de la **dépense courante de santé** au sens international (DCSi, cf. glossaire) sont en moyenne à la charge des ménages (graphique 1). Le reste à charge est plus élevé (21 %) dans les nouveaux États membres de l'UE (NM 2004) et en Suisse (27 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi).

La part des régimes publics et des régimes obligatoires atteint 85 % en Norvège, en Allemagne et au Japon. Dans ces pays, le poids des assurances privées dans le financement de la DCSi est faible. Aux États-Unis, le niveau de la dépense est particulièrement élevé (du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées facultatives, les régimes publics ou obligatoires y représentant moins de 50 % du total.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, cf. glossaire) est aussi très variable d'un pays à l'autre. Il atteint en moyenne 470 euros PPA dans l'UE 15 et 290 euros PPA dans les NM 2004. C'est en France qu'il est le plus faible (230 euros PPA). Parmi les pays de l'UE 15, le reste à charge le plus important est constaté en Autriche, en Belgique et en Suède avec des dépenses individuelles supérieures de plus d'un quart à la moyenne de l'UE. Hors de l'UE, il est encore nettement

supérieur en Norvège (665 euros PPA), aux États-Unis (780 euros PPA) et surtout en Suisse (1 370 euros PPA).

## Un reste à charge variable selon la nature des soins

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 5 % en cabinets médicaux et 11 % en cabinets dentaires, graphique 2). Ensuite, plus d'un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (fiche 45). L'importance du poste médicament dans le reste à charge 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 2014, sur le champ de la DCSi, la hiérarchie est la même : 37 % du reste à charge portent sur des soins ambulatoires, 34 % sur les dépenses pharmaceutiques, 13 % sur les soins hospitaliers.

## Une moindre stabilité dans les pays les plus touchés par la crise sur la période récente

Entre 2007 et 2014, le part du reste à charge des ménages dans la DCSi est globalement relativement stable. C'est notamment le cas en France, au Danemark, en Belgique et en Norvège. Cette relative stabilité entre 2007 et 2014 masque des évolutions différentes avant et après le déclenchement de la crise (graphique 3). Les variations sont faibles sur l'ensemble de la période, notamment en Norvège, au Danemark et en France. Toutefois, dans les pays du sud de l'Europe en particulier, on a assisté à une réduction de la part des dépenses financées par les ménages entre 2007 et 2009. Ce recul a alors été compensé par les financements des régimes publics ou obligatoires. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des régimes publics ou obligatoires dans les pays les plus touchés par la crise, à la suite notamment des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 5 points en Espagne et de 3 points au Portugal entre 2009 et 2014.

### Définitions :

Le **reste à charge des ménages** (RAC) 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 qu'il est 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...).

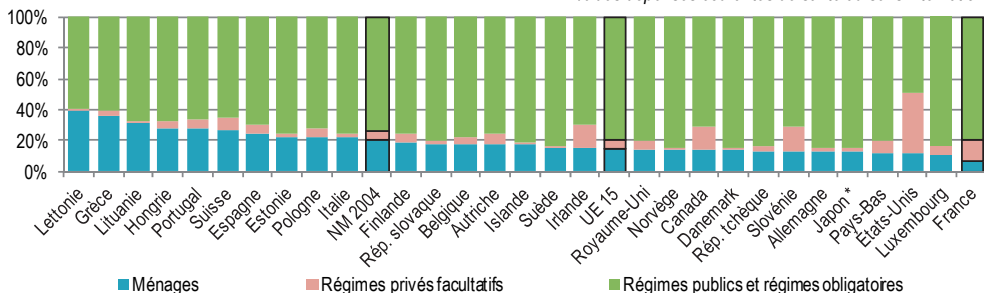
### Pour en savoir plus

Base de données OCDE, *System of Health Accounts (SHA)*, consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>  
OCDE, « [Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE](#) », Éditions OCDE, 2015.

Paris, V., Devaux, M. et Wei, L., « [Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries](#) », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 50, Éditions OCDE, 2010.

### Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2014

En % des dépenses courantes de santé au sens international



\* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées.

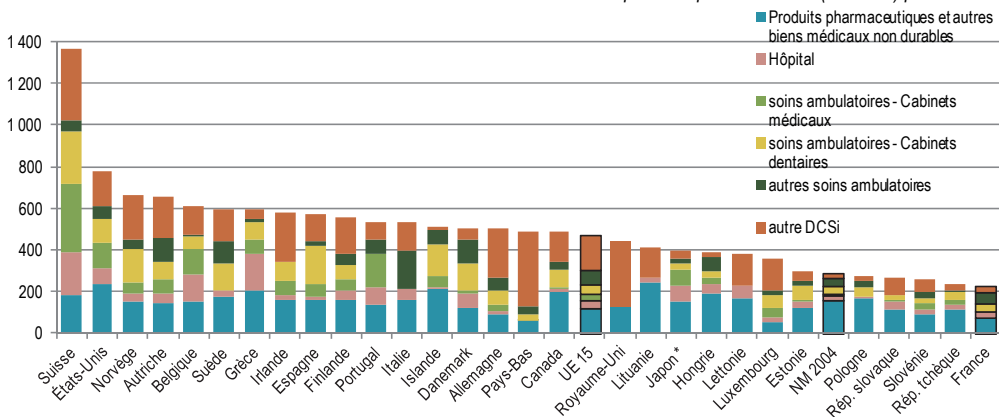
Note > En France, pour le moment, l'ensemble des assurances privées est dans l'item « régimes privés facultatifs ».

Champ > Les pays européens disponibles dont ceux de l'UE 15, et des NM 2004 (cf. 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 2014

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



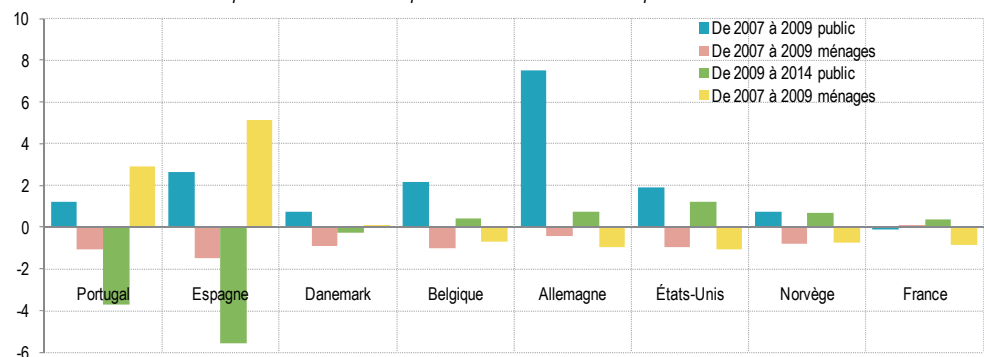
\* Données 2013 pour la répartition des dépenses privées au Japon.

Champ > Les pays européens disponibles dont ceux de l'UE 15 et des NM 2004 (cf. glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Sources > DREES, Comptes de la santé pour la ventilation des soins ambulatoires pour la France, OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Graphique 3 Évolution 2007-2014 de la part des régimes publics et obligatoires et de celle du reste à charge des ménages

En points de variation 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.

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