

En 2022, le reste à charge (RAC) des ménages en France s'élève à 9,2 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) : après le Luxembourg (8,7 %) et la Croatie (9,1 %), c'est le RAC le plus faible des pays étudiés. Globalement, la part de la DCSi restant à la charge des ménages est bien plus faible dans les pays de l'ouest et du nord de l'Europe que dans les pays de l'est et du sud de l'Europe. La dépense restant à charge par habitant, après correction des écarts de prix entre les pays en matière de santé, est de 426 euros en France en 2022, contre 516 euros en moyenne dans l'UE-27. En part de revenu disponible, le RAC varie de 0,6 % en Croatie à 3,1 % au Portugal, contre 1,1 % en France. Parmi les pays étudiés, les biens médicaux (et en particulier les produits pharmaceutiques) ainsi que les soins ambulatoires sont les premiers contributeurs au RAC des ménages. En France, les soins de longue durée (SLD) représentent une part importante du RAC des ménages (37 %), tout comme en Allemagne (38 %). Cette part élevée restant à la charge des ménages est principalement due au fait que les SLD sont moins bien pris en charge que les autres dépenses de santé dans ces deux pays. En France, le RAC finance ainsi 21 % des SLD, contre seulement 14 % des dépenses pour les biens médicaux et 5 % des dépenses de soins de santé.

Le reste à charge (RAC) des ménages est le montant de la dépense de santé qu'il reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires¹. Il ne comprend pas les dépenses non présentées au remboursement de la Sécurité sociale (médecines douces, médicaments sans ordonnance) et n'inclut pas les montants prélevés sur les ménages pour financer les assurances publiques et privées (cotisations sociales, impôts et les taxes, primes d'assurance). L'existence d'un reste à charge peut conduire certains ménages à renoncer à des soins, pour des raisons financières. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) permettent de calculer un RAC de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) par pays, d'apprécier l'ampleur du reste à charge en moyenne, ce qui constitue un indicateur indirect de risque de renoncement aux soins de santé par pays. D'un pays à l'autre, un RAC élevé peut avoir plusieurs explications liées à l'organisation du système de santé : la non-couverture d'une partie de la population, le non-remboursement partiel ou total de certains soins, ou encore l'existence d'une franchise individuelle, par exemple. Certains individus peuvent être confrontés à des RAC très élevés, même lorsque le RAC moyen est faible. Toutefois, 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 les pays présentés ici, ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps), associées à des

dépenses de soins très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (en Allemagne, le RAC est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées dans certains pays d'Europe du Sud ou du Nord) ou pour les femmes enceintes.

La part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible en France, en Croatie et au Luxembourg

Dans tous les pays considérés ici, les régimes obligatoires (États et les collectivités locales, assurances maladies obligatoires ou assurances privées obligatoires) assurent la majeure partie du financement des dépenses de santé (fiche 24). Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives (fiche 26). Le reste est directement payé par les ménages : on parle communément de reste à charge (RAC) des ménages.

En 2022, en moyenne dans les pays de l'Union européenne à 27 (UE-27), 14,2 % de la DCSi reste à la charge des ménages (*graphique 1*). Les RAC les plus élevés sont observés dans les pays du sud de l'Europe (33,5 % en Grèce, 29,6 % au Portugal et 22,7 % en Italie), dans les pays de l'est de l'Europe (35,1 % en Bulgarie, 31,8 % en Lituanie et 30,7 % en Lettonie) et en Suisse (21,6 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, en 2022, la France a le troisième RAC le plus faible en proportion de la

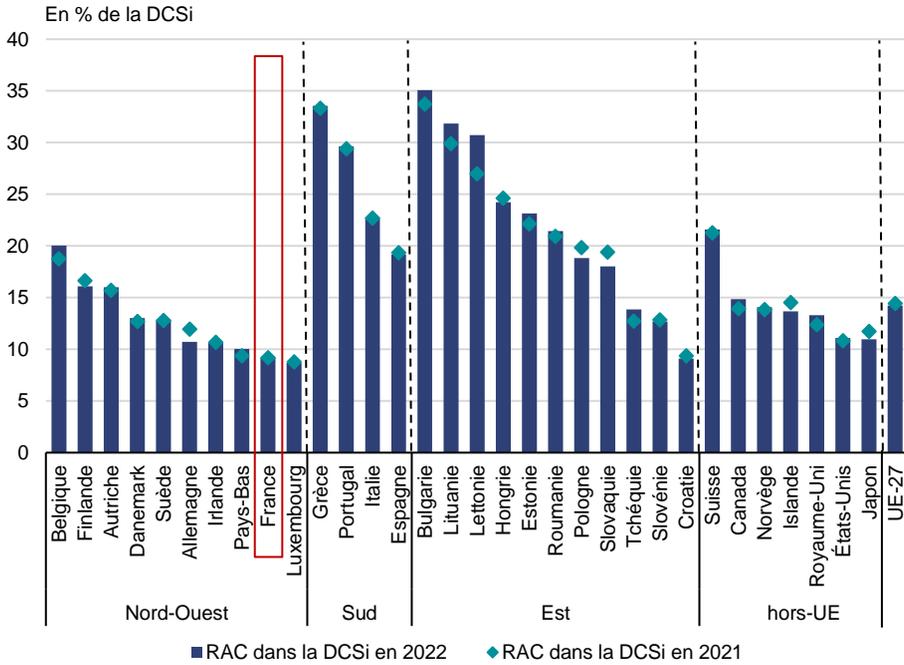
¹ Le mode de calcul développé par l'OCDE ou la DREES pour la France est décrit en annexe.

DCSi (9,2 %), juste après le Luxembourg (8,7 %) et la Croatie (9,1 %).

15 %. Aux États-Unis, la mise en place, en 2014, de l'Obamacare et de l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle ont entraîné une baisse du RAC, qui ne représente plus que 11,1 % de la DCSi en 2022 (fiche 26).

16 pays parmi ceux étudiés ici ont une part de leur DCSi restant à la charge des ménages inférieure à

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la DCSi en 2021 et en 2022



Lecture > En France, en 2022, le RAC dans la DCSi s'élève à 9,2 % des dépenses ; en 2021, il s'établissait également à 9,2 %.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et hors Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Les dépenses par habitant plus importantes en Suisse et dans certains pays de l'est de l'Europe

La quantité de soins de santé (et de biens médicaux) que les patients doivent payer de leur poche est fortement hétérogène d'un pays à l'autre. On raisonne ici en volume de soins, c'est-à-dire en corrigeant les dépenses de santé des différences nationales en matière de prix des biens et des services de santé pour les ménages (en parité de pouvoir d'achat en santé [PPA santé¹] [glossaire]).

Les dépenses de soins de santé des ménages financées directement, *via* le RAC, sont particulièrement

importantes en Suisse, en Lituanie et en Bulgarie (respectivement 958, 930 et 835 euros PPA santé par habitant) [graphique 2]. Le volume de soins et de biens médicaux financé par le RAC relativement élevé observé en Suisse s'explique par le fait que, en plus des primes d'assurances, les patients contribuent aux coûts de leurs traitements médicaux à hauteur d'une franchise annuelle fixe s'élevant à 300 CHF pour la franchise de base et pouvant atteindre 2 500 CHF² (Confédération suisse, 2024) ; une fois la franchise atteinte, la caisse d'assurance maladie rembourse 90 % des frais de santé, les 10 % restants constituant la quote-part³.

¹ Les parités de pouvoir d'achat en matière de santé sont exprimées en base France, ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France.

² Soit 315 euros et 2630 euros environ respectivement.

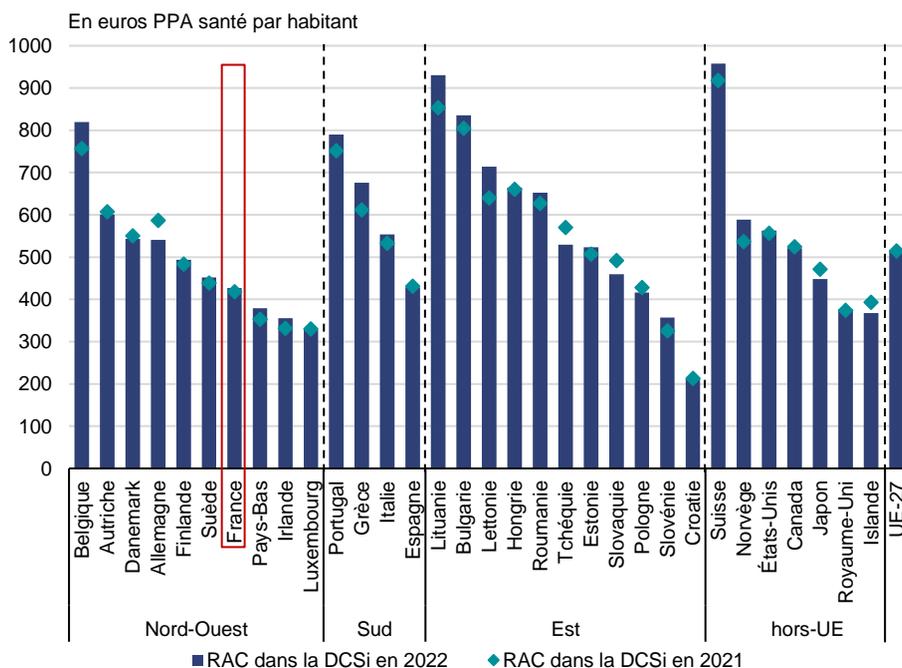
³ La quote-part correspond à 10 % des dépenses de soins de santé plafonnée à 700 CHF (soit environ 735

euros). En pratique, un assuré qui paie une franchise annuelle de 300 CHF (soit 315 euros environ) paiera donc au maximum 1000 CHF (soit 1050 euros environ) par année civile pour ses soins de santé. Les enfants de moins de 18 ans ne paient pas de quote-part.

Le volume de soins et de biens médicaux financé par le RAC des ménages s'établit en moyenne à 516 euros PPA santé par habitant dans les pays de l'UE-27. De manière générale, il varie fortement entre pays y compris au sein d'un même groupe. Au sein des pays d'Europe de l'Ouest, il est ainsi particulièrement faible en France (426 euros PPA santé par habitant), aux Pays-Bas (379 euros PPA santé), en Irlande (356 euros PPA santé) et au Luxembourg (328 euros PPA santé) ; l'Autriche et la Belgique présentent les volumes de soins et de biens médicaux financés par le RAC en PPA santé les plus élevés de la zone (respectivement 601 et 820 euros par habitant). L'échelle de variation de cette mesure entre les pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est est également importante, allant de 428 euros PPA santé au Portugal et de 213 euros PPA santé par habitant en Croatie à 930 euros PPA santé en Lituanie.

Dans la plupart de ces pays, des dispositifs d'exonération ou de plafonnement du RAC sont mis en place sous condition de ressources, pour les personnes atteintes de certaines pathologies (maladies chroniques par exemple) ou en fonction de la part du RAC dans le revenu annuel brut des ménages (Jusot et Lemoine, 2024). En France, les personnes atteintes de l'une des 32 affections de longue durée (soit environ 18 % de la population) sont ainsi exonérées des frais restants à la charge des patients pour le traitement de ces affections (OMS, 2024). En Suède également, le montant annuel du RAC est plafonné pour l'ensemble des individus pour les consultations chez le médecin, et également à l'hôpital pour les 85 ans ou plus (Tikkanen, *et al.*, 2020). Enfin, aux Pays-Bas, pays qui applique une franchise d'environ 385 euros, les soins liés à la grossesse, les consultations de médecine générale, les dépistages et les soins fournis aux mineurs, sont dispensés de franchise (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2021).

Graphique 2 Reste à charge par habitant en 2021 et 2022, aux prix des soins de santé observés en France



Note > Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour les années 2021 et 2022. Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé et donc de raisonner à volumes de soins comparables. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1), chaque euro présenté correspond donc à un « euro français ».

Lecture > En France, en 2022, le RAC des ménages s'élève à 426 euros PPA santé par habitant ; il était de 417 euros PPA santé par habitant en 2021. Si les prix de la santé étaient les mêmes en France et en Bulgarie, le RAC Bulgare serait de 820 euros.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

En France, les soins de longue durée représentent une grande part du reste à charge des ménages

En France, comme dans l'ensemble des pays étudiés, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la DCSi (fiche 24).

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et autres biens médicaux) constituent la première composante du RAC des ménages dans la plupart des pays observés (*graphique 3*). En moyenne, dans les pays de l'UE-27, ils représentent 41 % du RAC ; de 20 % en Suisse à 73 % en Bulgarie (30 % en France). Parmi eux, les produits pharmaceutiques représentent 27 % du RAC en moyenne dans l'UE-27. Ces parts sont plus élevées dans les pays de l'est de l'Europe, où les dépenses des ménages pour les produits pharmaceutiques atteignant respectivement 69 %, 62 % et 61 % du RAC en Bulgarie, en Roumanie et en Pologne. Parmi les pays étudiés, la Suisse (14 %), l'Irlande (16 %), la France (18 %) et la Belgique (19 %) se distinguent par une contribution des produits pharmaceutiques inférieure à 20 % du RAC.

Les soins ambulatoires représentent également une part importante du RAC, variant de 12 % en Slovaquie à 53 % à Islande.

Parmi les soins ambulatoires, les soins dentaires représentent une part significative du RAC, allant de 6 % en Bulgarie à 32 % en Estonie (contre 9 % en moyenne dans les pays de l'UE-27). En France, les soins dentaires représentent 7 % du RAC des ménages, un des taux les plus bas d'Europe. En 2019, juste avant la réforme du 100 % santé, les soins dentaires représentaient 9 % du RAC des ménages (fiche 30).

Dans la plupart des pays étudiés, à l'exception de la Grèce (32 %), de la Belgique (27 %), de la Slovaquie (18 %) et des Pays-Bas (19 %), l'hôpital représente une faible part du RAC des ménages : 7 % en moyenne dans les pays de l'UE-27 et 6 % en France. La part élevée de RAC consacrée aux dépenses hospitalières en Grèce traduit le haut niveau de dépenses pour les services hospitaliers fournis par le secteur privé dans ce pays (OCDE, 2023).

Enfin, les soins de longue durée (SLD) peuvent s'avérer onéreux pour les ménages, même après intervention des régimes obligatoires et facultatifs d'assurance. De manière générale, c'est dans les pays du nord et de l'ouest de l'Europe que les ménages consacrent la proportion la plus importante de

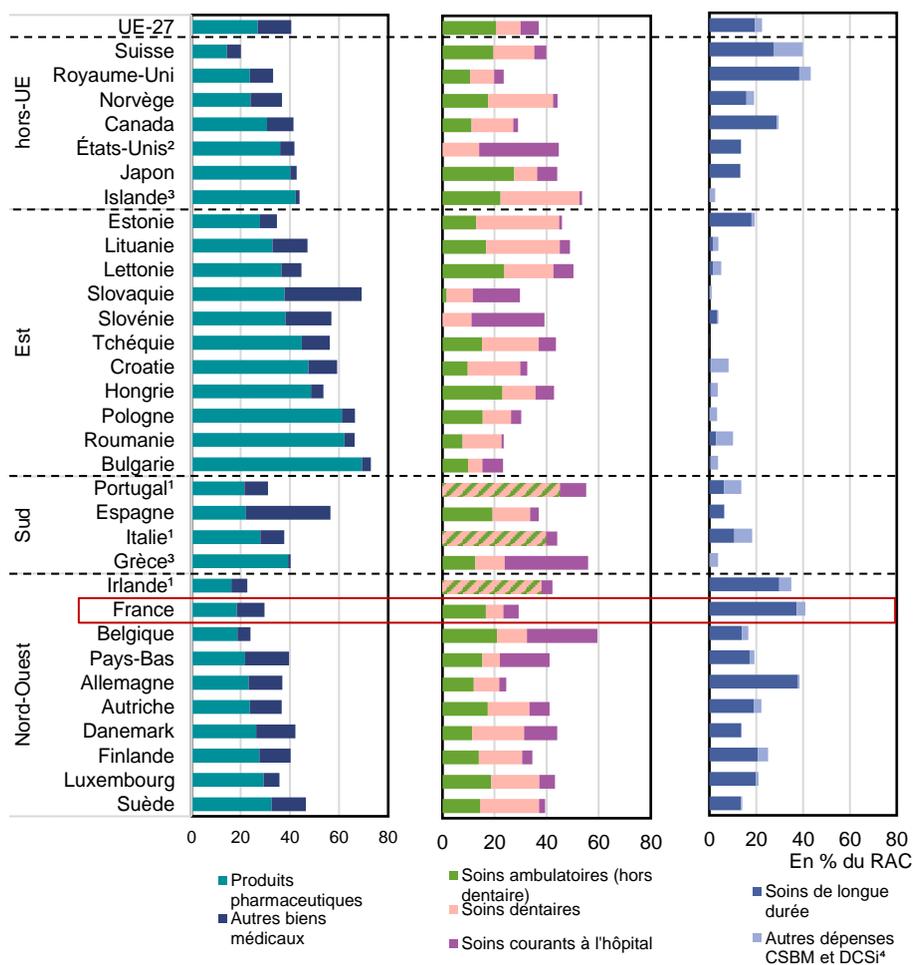
leurs dépenses pour les SLD : 37 % en France, 38 % en Allemagne, 30 % en Irlande ou 21 % en Finlande. Cette part est également élevée au Royaume-Uni, au Canada et en Suisse, où les SLD représentent plus de 25 % du RAC (38 %, 29 % et 27 % respectivement). À l'inverse, dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, le RAC des ménages consacré aux dépenses de SLD reste relativement faible : de moins de 1 % en Tchéquie, en Bulgarie, en Pologne et en Slovaquie à 11 % en Italie et 18 % en Estonie. Ces proportions sont toutefois à mettre en perspective avec le faible niveau de dépense pour les SLD dans ces pays (fiche 32).

Les produits pharmaceutiques et les biens médicaux constituent le principal secteur de la santé financé par le RAC

Dans tous les pays étudiés ici, les ménages financent directement une part plus importante des produits pharmaceutiques et des autres biens médicaux que des soins de santé (à l'hôpital, dentaire et en ambulatoire). En moyenne dans les pays de l'UE-27, les ménages financent 32 % des produits pharmaceutiques et des biens médicaux, contre seulement 10 % des soins de santé (*graphique 4*). De manière générale, le RAC des pays de l'est de l'Europe est plus élevé que dans le reste des régions européennes pour les produits pharmaceutiques et autres biens médicaux, ce qui est cohérent avec la section précédente (fiche 31) : il atteint 77 % des dépenses en Bulgarie et 66 % en Pologne.

Le RAC pour les soins de santé est quant à lui plus élevé dans les pays du sud de l'Europe que dans les autres régions (fiches 31, 32 et 33) : il atteint 32 % des dépenses de soins de santé en Grèce et 26 % au Portugal. Pour les produits pharmaceutiques et biens médicaux comme pour les soins, le RAC des pays du nord-ouest de l'Europe est plus bas que pour les autres régions européennes. La France présente l'un des RAC les plus bas pour chacune de ces catégories, bien inférieur à la moyenne de l'UE-27 : 14 % et 5 % respectivement.

Enfin, le RAC des SLD varie considérablement entre et au sein des groupes de pays. Cela peut être dû à des différences culturelles dans l'organisation des SLD. La variabilité des RAC pour les SLD – avec la variabilité des montants totaux de dépenses pour les SLD (fiche 32) – contribue en partie à expliquer la variabilité de la part des SLD dans le RAC (*graphique 3*). La France a une position intermédiaire en Europe : 21 % des SLD sont financés par le RAC (contre 17 % en moyenne dans l'UE-27).

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages en 2022

1. Pour l'Italie, l'Irlande et le Portugal, la décomposition du RAC entre soins ambulatoires (hors dentaire) et soins dentaires n'est pas disponible.

2. Pour les États-Unis et la Slovénie, la décomposition du RAC pour les soins courants ambulatoires ou à l'hôpital n'est pas disponible.

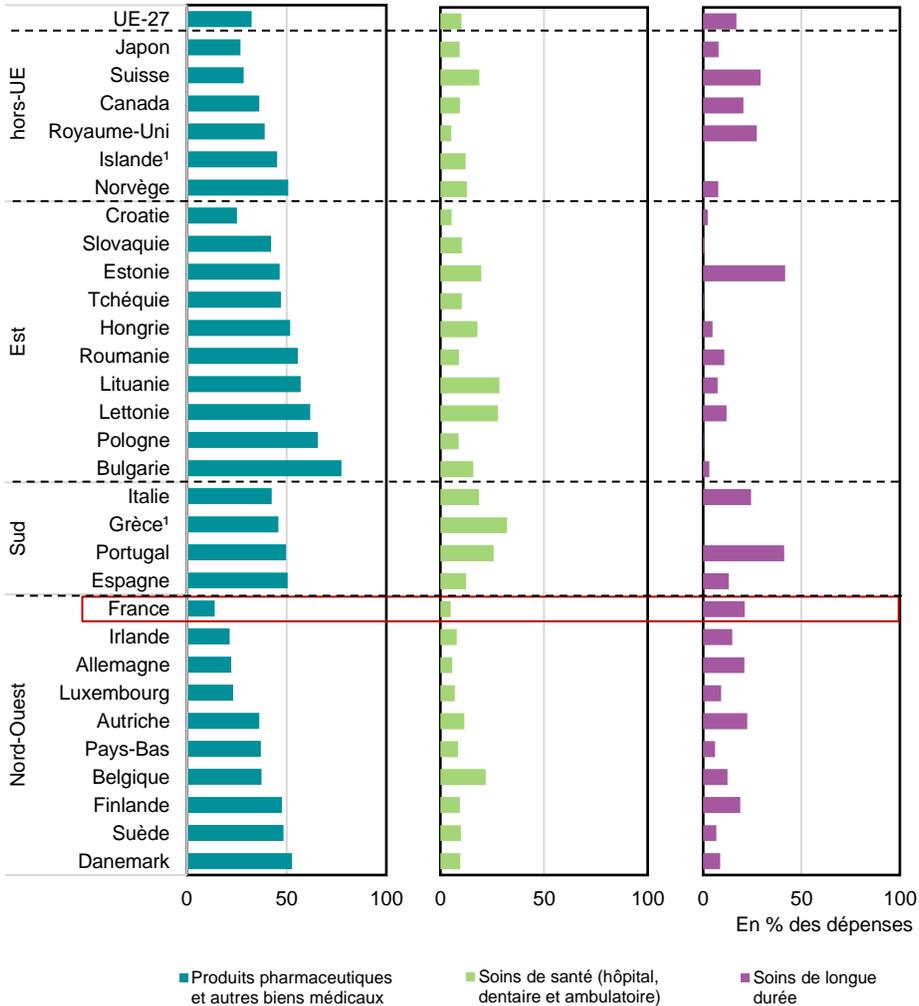
3. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles en Grèce et en Islande ; 4. Les autres dépenses CSBM et DCSi correspondent aux services auxiliaires, aux soins courants à domicile, à la prévention institutionnelle, aux dépenses de gouvernance et aux autres dépenses non classées ailleurs.

Lecture > En France, en 2022, le RAC des ménages se structure de la sorte : 30 % pour les biens médicaux dont 18 % pour les produits pharmaceutiques et 11 % pour les autres biens médicaux ; 17 % pour les soins ambulatoires hors dentaire et 7 % pour les soins dentaires ; 6 % pour les soins courants à l'hôpital ; 37 % pour les soins de longue durée ; enfin, 4 % pour les autres dépenses de la CSBM et de la DCSi.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Graphique 4 Part des dépenses de santé financée par le RAC, par secteur en 2022



1. Les données relatives à la part des SLD financée par le RAC ne sont pas disponibles en Grèce et en Islande. Elles sont disponibles en Pologne, en Tchéquie et en Slovaquie mais cette part est particulièrement faible (< 1 %).

Lecture > En France, en moyenne, 14 % des dépenses pour les produits pharmaceutiques et les autres biens médicaux, 5 % des dépenses pour les soins de santé et 21 % pour les soins de longue durée restent à la charge des ménages.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 est calculée hors Malte et Chypre.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

En France, le taux d'effort des ménages en matière de santé est parmi les plus faibles d'Europe

Dans le budget d'un ménage, l'effort pour les dépenses de santé peut être mesuré en rapportant le RAC des ménages à leur revenu disponible brut (RDB). Pour rappel, le RAC des ménages inclut exclusivement les dépenses directes des ménages, après remboursement des régimes publics et privés obligatoires et des organismes complémentaires.

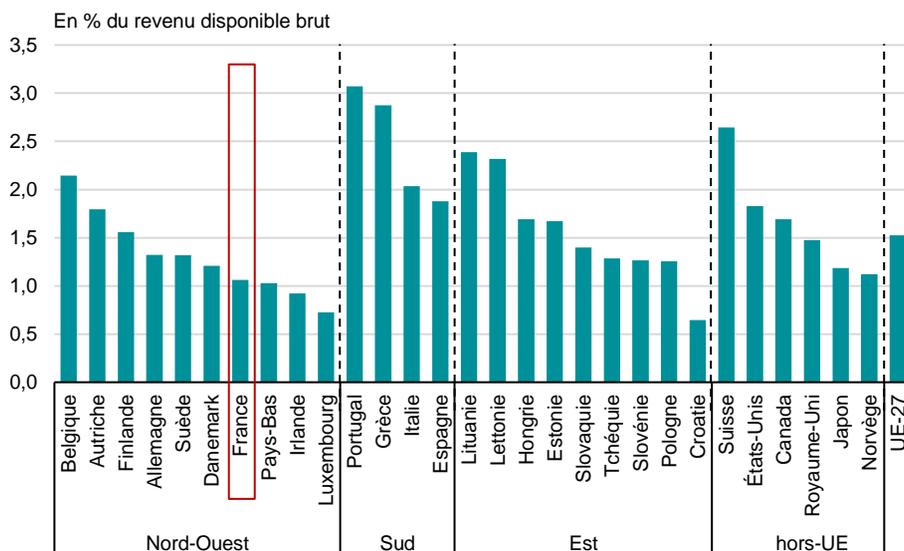
Le taux d'effort des ménages en matière de santé varie de 0,6 % du RDB en Croatie et 0,7 % du RDB au Luxembourg, à 3,1 % du RDB au Portugal (*graphique 5*). Les taux sont globalement plus élevés dans les pays du sud de l'Europe (2,9 % en Grèce) et en Suisse (2,6 %) ; plus généralement, les pays ayant les RAC les plus élevés en euros PPA santé par habitant (*graphique 2*) sont également les pays pour lesquels les taux d'effort des ménages sont le plus importants. En 2022, en France, après impôts

et transferts, les Français consacrent 1,1 % de leur RDB aux dépenses de santé, soit un montant inférieur à l'Allemagne (1,3 %), à la Belgique (2,1 %) et à la moyenne des pays de l'UE-27 (1,5 %), mais supérieur aux Pays-Bas (1,0 %) et à l'Irlande (0,9 %). À noter que, dans la mesure où les dépenses de santé augmentent avec l'âge, le RAC dans le RDB des personnes âgées pourrait être plus élevé que celui de la population générale.

Ces résultats moyens masquent toutefois certaines réalités. Selon un récent rapport, de nombreux ménages dans les pays étudiés font face à des dé-

penses de santé dites « catastrophiques » représentant plus de 40 % de leur reste à vivre. La fréquence de ces RAC catastrophiques varie considérablement : ils concernent moins de 3 % des ménages en Irlande, en France, au Luxembourg ou en Allemagne, tandis qu'ils touchent plus de 14 % des ménages en Lettonie ou en Lituanie. Les ménages du quintile de revenu le plus bas sont par ailleurs particulièrement vulnérables : ils représentent au moins 40 % des ménages confrontés à des RAC « catastrophiques » dans l'ensemble des pays étudiés, et plus de 70 % en Croatie, en France, en Slovaquie ou en Hongrie (Thomson, *et al.*, 2024). ■

Graphique 5 Taux d'effort des ménages pour les dépenses de santé en 2022



Lecture > En France, en 2022, le RAC des ménages représente 1,1 % du revenu disponible brut.

Champ > La moyenne des pays de l'UE-27 pour l'année 2022 est calculée hors Malte, Chypre, Roumanie et Bulgarie.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Commission des comptes de la sécurité sociale** (2021, septembre). *Éclairage international : protection contre les restes à charge élevés en santé (Belgique, Allemagne, Pays-Bas)*.
- > **Confédération suisse** (2024, juin). *Assurance-maladie : franchises à option*. Office fédéral de la santé publique (OFSP).
- > **Jusot, F., Lemoine, A.** (2024, mai). *Le reste à charge en santé nuit-il à l'équité dans le financement des soins ? Une comparaison des systèmes de santé en Europe*. Insee, Économie et Statistique, 542.
- > **OCDE** (2023, décembre). *Panorama de la santé 2023 – Les indicateurs de l'OCDE*. Paris, Franc : Éditions OCDE.
- > **OMS** (2024, avril). *Les dépenses de santé à la charge des patients sont peu élevées en France, mais des écarts persistent pour les personnes à faible revenu*. Communiqué de presse.
- > **Tikkanen, R., et al.** (2020). *International Health Care System Profiles*. The Commonwealth Fund.
- > **Thomson, S., et al.** (2024). *Monitoring progress towards universal health coverage in Europe: a descriptive analysis of financial protection in 40 countries*. *The Lancet Regional Health*.