

Le *System of Health Accounts* (SHA), permet une comparaison internationale de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [voir annexe 1].

L'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

En 2018, avec une DCSI représentant 17,8 % du produit intérieur brut (PIB), les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 1*). Près de six points derrière, la Suisse dépense 11,9 % de son PIB pour la santé, devant l'Allemagne (11,5 %), et la France (11,3 %). En moyenne, les États membres de l'UE-28 consacrent 9,9 % de leurs PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée en Europe au regard de la santé : les pays de l'UE-15 consacrent en moyenne 10,2 % de leurs PIB aux dépenses de santé mais ces dernières sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %). Pour les nouveaux membres de l'UE qui ont intégré l'OCDE (NM) [voir glossaire], les dépenses de santé représentent en moyenne 6,8 % du PIB en 2018.

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque la DCSI est exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA), permettant ainsi de comparer les différences de pouvoir d'achat entre les pays, et par habitant. Dans cette situation, la France se situe au 7^e rang des pays de l'UE-28, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. La dépense de santé par habitant s'élève, en France, à 3 970 euros par habitant en 2018. En comparaison avec les États-Unis, en PPA, les dépenses par habitant sont deux fois plus élevées : 8 180 euros par habitant. L'écart est plus modéré avec l'Allemagne qui consacre seulement 820 euros PPA de plus par habitant.

La hiérarchie est encore modifiée en tenant compte des différences de pouvoir d'achat uniquement dans le secteur de la santé (la PPA santé [voir glossaire]). Cette mesure permet d'identifier un panier de produits et services de santé, standard pour un pays, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel afin de mesurer et de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. La Suisse, la Norvège, la Suède, le Luxembourg, le Canada, et les États-Unis sont des pays où les prix dans la santé sont de 30 à 70 % supérieurs à ceux pratiqués en France (OCDE, 2019). Dans cette situation, les États-Unis conservent la dépense de santé la plus importante par habitant (environ 6 000 euros en PPA), mais l'écart avec la France est ici diminué de moitié. La France se situe alors au 3^e rang des pays étudiés derrière l'Allemagne. La Suisse, pays où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, est rétrogradé au 4^e rang, proposant finalement un volume de biens et services de santé proche de celui offert en France pour chaque habitant.

Des dépenses de santé essentiellement concentrées vers les soins hospitaliers et de ville

La structure de la DCSI selon la fonction de la dépense varie considérablement d'un pays à un autre. Près de 69 % des dépenses de santé des États-Unis se rapportent aux soins courants, dont 48 % pour les soins courants en cabinet de ville et 18 % pour les soins hospitaliers (*graphique 2*). Parmi les autres pays, les soins courants sont plus proches de la moitié de la DCSI. En moyenne, les pays de l'UE-15 y consacrent 54 % de la dépense de santé, avec une majorité de soins courants hospitaliers (29 %). Les dépenses consacrées aux soins de ville sont plus élevées dans quelques pays de l'UE-15 dont le Portugal (39 %) ou la Finlande (34 %). À l'inverse, la France ou la Grèce y consacrent une plus faible part de leur DCSI (18 %), au profit des soins à l'hôpital.

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et appareils médicaux) sont la troisième grande catégorie de dépenses de santé. La part des biens médicaux est particulièrement importante dans les pays les plus pauvres de l'OCDE et dans ceux ayant une plus faible DCSI, comme les pays du sud de l'Europe, ou les NM. Les prix, entre les différents pays, de ces biens sont relativement homogènes en comparaison des services médicaux (en particulier les salaires des professionnels de santé) [OCDE 2019]. Cette dépense est incompressible et représente pour ces pays une plus forte proportion des dépenses de santé.

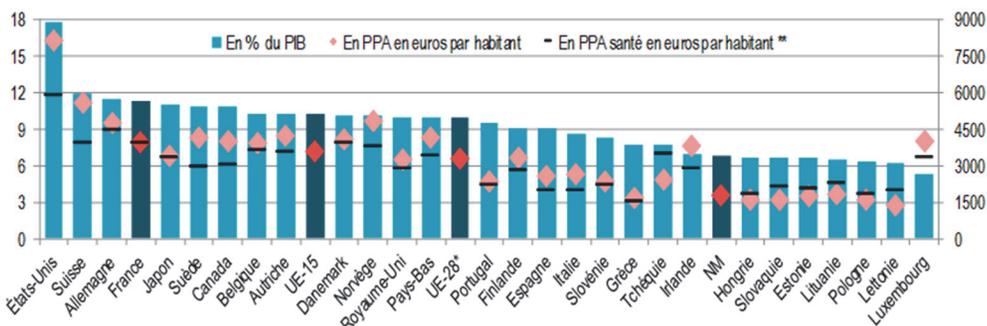
La somme des soins courants (à l'hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (quasi-CSBM dans le *graphique 2*, voir annexe 1 et glossaire pour la définition de la quasi-CSBM dans la DCSI), agrégat central des comptes de la santé en France. Elle caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, par opposition aux soins de longue durée (soins à visée palliative), ou à la prévention. Les pays consacrent de 65 % (Pays-Bas) à 95 % (Slovaquie) de la DCSI à la CSBM (77 % en France). Ce sont, pour l'essentiel, les soins de longue durée à destination de la population en perte d'autonomie (personnes âgées et en situation de handicap), qui complètent la structure de la DCSI. Des pays comme les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Danemark y consacrent un quart ou plus du total des dépenses de santé, au contraire de la Slovaquie, la Grèce et le Portugal qui y allouent moins de 5 %.

Le taux de croissance des dépenses de santé reste modéré depuis 2013

Depuis 2013, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques au sein des pays de l'OCDE pris dans leur ensemble. Dans les six pays étudiés ici, la DCSI à prix courants est croissante entre 2013 et 2018, et seules les dépenses de santé de l'Espagne et de l'Italie diminuent encore entre 2012 et 2013 (*graphique 3*).

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2018

En % du PIB (axe de gauche) et parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2017. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

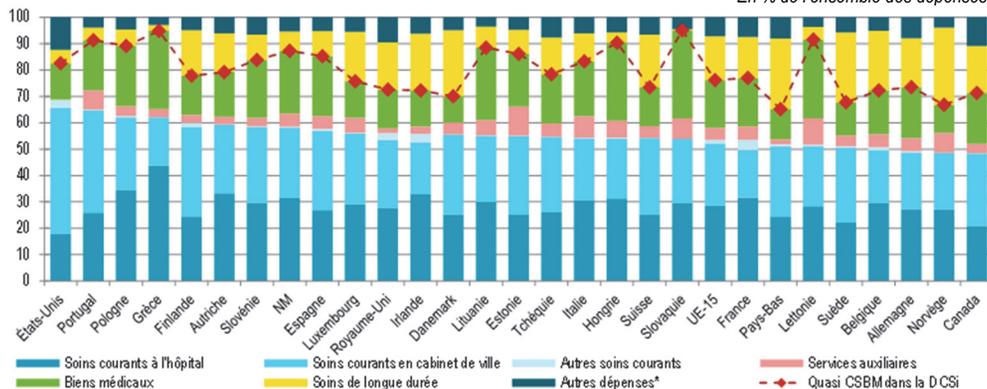
** Les PPA santé utilisées ici sont calculées et diffusées par l'OCDE pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Nous faisons ici l'hypothèse que la PPA n'a pas été modifiée entre 2017 et 2018.

Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

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

Graphique 2 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2018

En % de l'ensemble des dépenses

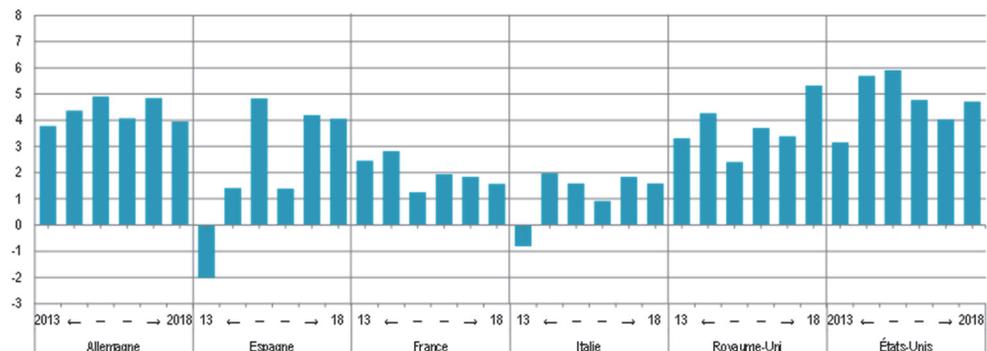


* Les autres dépenses correspondent à la prévention institutionnelle, à la gouvernance des systèmes de santé et aux autres dépenses non classées ailleurs.

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

Graphique 3 Taux de croissance annuel moyen de la DCSi entre 2013 et 2018

Taux de croissance annuel de la DCSi en % - à prix courants



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

Les dépenses de santé progressent d'environ 4 % par an sur la période en Allemagne. La croissance est du même ordre aux États-Unis, avec néanmoins un dynamisme plus marqué à partir de 2014 et la mise en œuvre du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) toujours en place, malgré les tentatives de l'actuel gouvernement américain d'abroger ce dispositif. L'Espagne et le Royaume-Uni connaissent également une croissance dynamique de leurs dépenses de santé, avec un peu plus de variations au cours de la période observée, voire une progression heurtée pour l'Espagne (notamment entre 2015 et 2016). La France et l'Italie ont des profils plus stables et une croissance de leurs dépenses à prix courants d'environ 2 % en moyenne par an. En France, cette progression est régulée par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Pour l'Italie, les contraintes budgétaires nationales ne permettent pas à ce jour de revoir à la hausse les dotations minimales pour les actes médicaux réalisés à l'hôpital ou en cabinet de ville financées par l'État italien (malgré une volonté de réforme du *livelli essenziali di assistenza*, cette dotation minimale).

Croissance économique et variation de la DCSi depuis 2007

Les évolutions des dépenses en biens et services de santé d'un pays peuvent être rapportées également à la croissance économique globale. Ce rapport permet d'évaluer l'effort national dans la santé. On assiste, ces dernières années, à un alignement de la croissance de ces dépenses sur celles de l'économie globale dans tous les pays de l'OCDE (OCDE, 2019). Dans le cas de la France, la croissance du PIB et de la DCSi se rejoignent en 2018 (*graphique 4*).

La crise économique de 2008-2009 s'était traduite par une importante contraction des PIB, menant à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 2007 et 2009. Puis, dans un contexte de modération des financements publics qui constituent la principale ressource des systèmes de santé, la part des dépenses dans le PIB s'est stabilisée au niveau d'après crise. Entre 2009 et 2018, cette part diminue même légèrement dans quatre des pays étudiés sans pour autant compenser la hausse observée à la suite de la crise : l'Italie, l'Espagne, le Royaume-Uni et la France. Seuls les États-Unis et l'Allemagne ont une croissance des dépenses de santé en part du PIB qui continue de progresser après la crise (respectivement +0,7 point et +0,2 point entre 2009 et 2018).

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

Globalement, une large partie des dépenses de santé sont à la charge des États, des assurances maladie obligatoires

ou des assurances privées obligatoires : 79 % en moyenne dans l'UE-15 en 2018 (*graphique 5*) [voir fiche 10]. Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives : environ 5 % en moyenne pour les pays de l'UE-15. Le reste est directement à la charge des ménages¹. Ce reste à charge (RAC) est un frein potentiel à l'accès aux soins et peut conduire certains ménages à y renoncer, d'où l'intérêt porté par les États à cet indicateur. En 2018, dans les pays de l'UE-15, 16 % de la DCSi est en moyenne à la charge des ménages. Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (36 % en Grèce et 30 % au Portugal), en Suisse (28 %) et chez les NM (20 % en moyenne). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le RAC 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 obligatoires y couvrent cependant une part plus importante de la dépense (84 % ou plus) qu'en France, mais les assurances privées non obligatoires ont une part quasi-nulle. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 d'*Obamacare* – dont l'extension de la population couverte par *Medicaid* et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle, conduit à une restructuration du financement de la DCSi, avec une part de reste à charge (11 %) désormais proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins et les primes d'assurances restent importantes, du fait des honoraires des médecins et des prix élevés des produits de santé. Dès lors, le RAC par habitant exprimé en PPA aux États-Unis est important (880 euros PPA en 2018) [*graphique 6*]. Le RAC des ménages est en moyenne de 560 euros PPA dans l'UE-15 et 360 euros PPA dans les NM. Au sein de l'UE-15, c'est encore en France que le RAC est le plus faible avec 370 euros PPA par habitant à la charge des ménages, dans l'ensemble des dépenses annuelles de santé des ménages.

Les soins de longue durée pèsent beaucoup dans le reste à charge en France

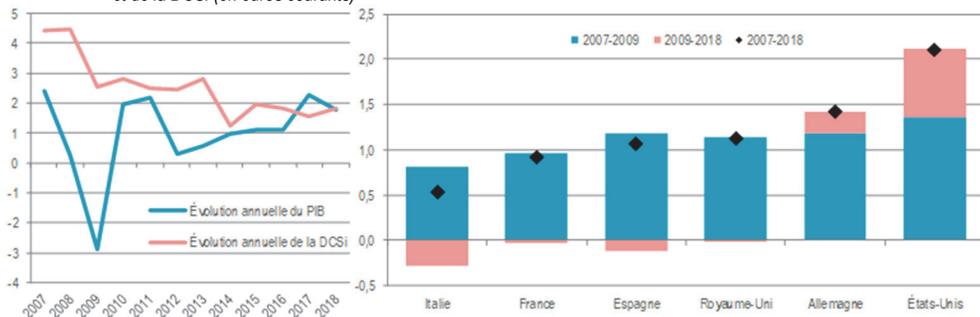
La décomposition du RAC selon les diverses fonctions de la DCSi (notamment les dépenses qui relèvent des soins de longue durée (SLD) et celles qui participent à la CSBM) fait apparaître que près de la moitié du RAC par habitant exprimé en PPA en France est lié aux SLD, ce qui n'est pas le cas des autres pays observés. Avec 150 euros PPA par habitant pour les SLD, la France se situe en queue de peloton des pays de l'OCDE avec un reste à charge relativement élevé.

1. Le reste à charge (RAC) 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. Le mode de calcul développé par l'OCDE est décrit dans le glossaire.

Graphique 4 Évolution de la DCSI en fonction du PIB entre 2007 et 2018

Évolution annuelle pour la France du PIB et de la DCSI (en euros courants)

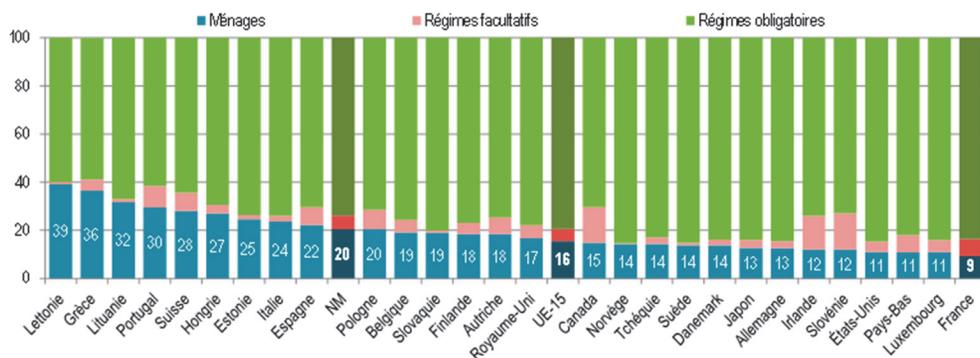
Évolution en points de PIB



Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Graphique 5 Financement de la DCSI en 2018

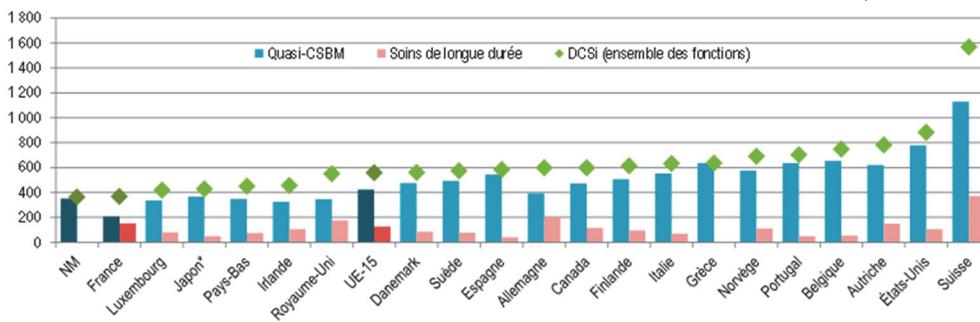
En % de l'ensemble des dépenses



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

Graphique 6 Reste à charge des ménages selon la fonction de la dépense de santé en 2018

En PPA en euros par habitant



* Données 2017.

Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

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

Pour en savoir plus

- > OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). France : profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.
- > OCDE (2019). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE. Paris, France : édition OCDE.
- > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.
- > Statistiques d'Eurostat sur la santé 2018, consultables sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>.
- > System of Health Accounts (SHA), consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.