

Deuxième poste de dépenses de protection sociale en France comme en moyenne au sein de l'UE

En 2016, les dépenses de maladie et soins de santé s'élèvent en moyenne à 8,0 % du PIB pour les États membres de l'UE-28 (*graphique 1*) et à un niveau un peu supérieur dans les pays de l'UE-15 (8,2 %). Seuls l'Allemagne, les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni consacrent une part plus importante de leur PIB à ce risque (9,2 % pour la France). Cette dépense est généralement moindre dans l'ensemble des pays du sud et de l'est de l'Europe (de 3,5 % à 7,0 % du PIB). Le Luxembourg, en raison de son haut niveau de richesse, occupe une position atypique, caractérisée à la fois par une faible part du PIB consacrée aux dépenses de maladie et soins de santé et par le montant de dépenses par habitant mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA [glossaire annexe 5]) parmi les plus élevés d'Europe (3 500 SPA). Avec une dépense par habitant de 2 870 SPA (3 050 euros) en 2016, la France se situe au-dessus de la moyenne de l'UE-15 (2 850 SPA), ainsi que l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Une reprise modérée de la croissance des dépenses de santé depuis 2014

De 2000 à 2007, les prestations maladie-soins de santé ont augmenté de 3,2 % par an en euros constants au sein de l'UE-15 (*graphique 2*). Le rythme de croissance des dépenses de santé en France (+2,9 % en moyenne annuelle) est très inférieur à celui du Royaume-Uni (+6,9 %) mais proche de la moyenne européenne (+3,2 %). La réforme du système de santé britannique engagée par le gouvernement Blair en 1997 a consisté en une refonte structurelle de l'organisation des soins ainsi qu'une importante augmentation des ressources allouées à la santé. À l'inverse, la croissance des dépenses de santé est quasiment nulle en Allemagne (0,1 % par an en moyenne) du fait des réformes mises en œuvre par le gouvernement Schröder entre 2003 et 2005 conduisant à la diminution globale du panier de soins et du montant des prestations remboursées.

Entre 2007 et 2009, la croissance moyenne annuelle des prestations de maladie-soins au sein de l'UE-15 s'élève à 4,8 % en euros constants, portée par la forte croissance allemande. La réforme mise en œuvre par le gouvernement Merkel élargit le champ des dépenses de santé prises en charge à compter de l'été 2008. La hausse des prestations (+9,0 % entre 2007 et 2009) consécutive à cette réforme fragilise l'équilibre financier

des caisses d'assurance maladie. L'État accroît donc ses subventions au système et déplaçonne le taux de cotisation supplémentaire, ce qui permet aux caisses d'assurance maladie de redevenir excédentaires dès 2011.

Entre 2009 et 2016, au sein de l'UE-15, l'évolution des prestations de santé est en moyenne annuelle de 1,2 % en euros constants. Cette hausse s'accélère à compter de 2014 dans un contexte de reprise économique (voir fiche 19). Depuis la crise, la maîtrise des dépenses passe par des coupes budgétaires et des réformes structurelles, en particulier dans les pays du sud de l'Europe. Après des années de baisse, les dépenses se stabilisent en Italie (0,3 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2016) et repartent à la hausse en Espagne (3,6 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2016). En Suède et en Allemagne, la croissance réelle des dépenses de santé atteint en moyenne respectivement 3,7 % et 3,8 % par an entre 2014 et 2016, dans un contexte de croissance démographique (liée à l'arrivée de migrants) et économique.

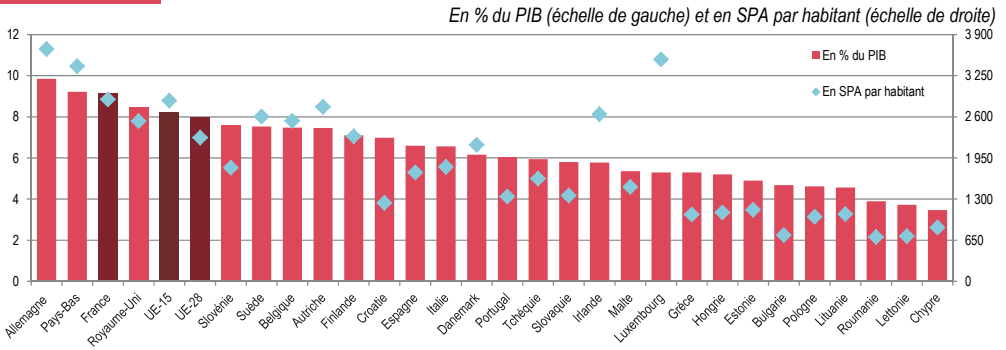
Des restes à charge des ménages compris entre 10 % et 45 % de la dépense courante de santé

En 2016, les restes à charge des ménages (*graphique 3*) en proportion des dépenses de santé sont relativement faibles en France (9,8 %), au Luxembourg (11,2 %), aux Pays-Bas (11,5 %) et en Allemagne (12,4 %). À l'exception de la Slovénie et de la Tchéquie, les restes à charge sont plus élevés dans les pays d'Europe de l'Est et du Sud qu'en moyenne dans l'UE-15. C'est notamment le cas en Espagne (23,8 %), au Portugal (27,8 %) et en Grèce (34,3 %), le niveau le plus élevé étant atteint en Lettonie (44,6 %). La réduction de l'effort de financement public intervenue après 2008 s'est notamment traduite par une plus grande participation financière des assurés au coût des biens et services de santé, une augmentation du ticket modérateur ou d'autres formes de participation (franchises), voire par le biais d'une réduction du taux de couverture de la population. Ces mesures contribuent à augmenter le reste à charge des ménages de plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise, comme la Grèce (+5,0 points entre 2009 et 2016), l'Espagne (+4,3 points) ou le Portugal (+3,1 points). À l'inverse, entre 2009 et 2016, les plus forts reculs du montant du reste à charge interviennent généralement dans des pays où la part du financement direct des dépenses de santé par les ménages était déjà parmi les plus faibles, comme en Allemagne (-1,4 point) et en France (-0,3 point).

Pour en savoir plus

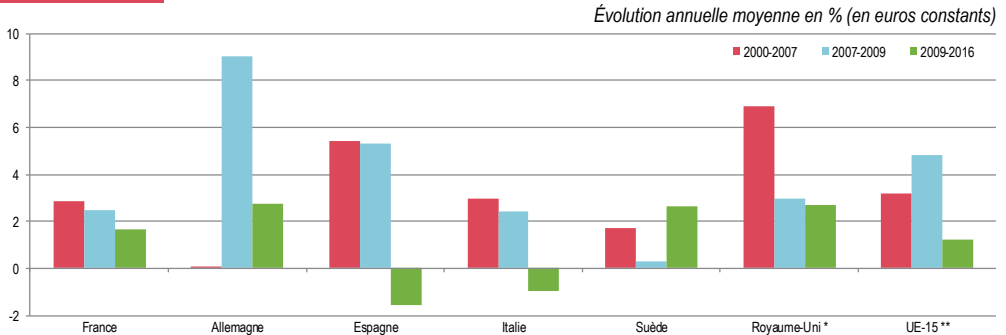
- > **Cohu, S., Lequet-Slama, D., Volovitch, P.** (2005, novembre). *Réformes des systèmes de santé allemand, néerlandais et suisse et introduction de la concurrence*. DREES, *Études et Résultats*, 445.
- > **Gonzalez, L., Roussel, R., et al.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017 - Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- > **Padieu, Y., Roussel, R.** (2015). L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins. Dans Tavernier, J-L (dir.). *France, portrait social* (p. 25-36.). Paris, France : Insee, coll. Insee références.

Graphique 1 Niveau des prestations de maladie-soins de santé en 2016



Source > Eurostat, Sespros.

Graphique 2 Évolution des prestations de maladie-soins de santé entre 2000 et 2016



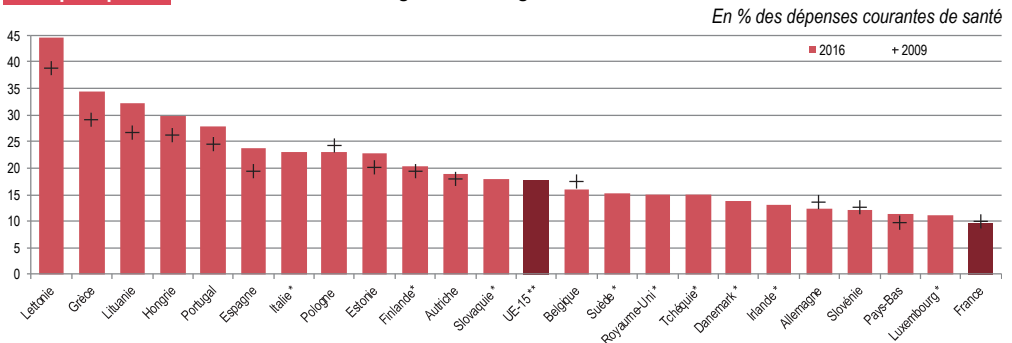
* Évolutions 2000-2006 pour le Royaume-Uni (en raison d'une rupture de série en 2007).

** En raison de ruptures de série, l'évolution 2000-2007 de l'UE-15 est calculée en ne prenant en compte, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 2000-2006.

Note > L'évolution 2007-2009 pour l'Allemagne est marquée par une forte augmentation, car la réforme de la santé de 2007 a modifié les conditions d'accès aux assurances privées en santé et en soins de longue durée. Ces conditions plus solidaires les font entrer par convention dans le champ de la protection sociale à la date d'application de la réforme. Il en résulte une rupture structurelle pour la série chronologique 2007-2009. Cette augmentation du volume des prestations se répercute sur le calcul de la moyenne UE-15, qu'il convient donc d'interpréter avec prudence.

Source > Eurostat, Sespros.

Graphique 3 Niveaux du reste à charge des ménages en santé en 2009 et en 2016



* Pour ces pays, les comparaisons entre les niveaux de reste à charge de 2009 et de 2016 ne peuvent être effectuées en raison d'une rupture de série durant cette période.

** Moyenne UE-15 calculée en moyenne simple.

Note > Le **reste à charge** représente la part de la dépense courante de santé (au sens international) supportée par les ménages, après intervention des assurances maladie de base et complémentaires (voir annexe 1). Contrairement aux prestations de maladie-soins de santé de Sespros, qui ne recouvrent que les dépenses supportées par des régimes de protection sociale dans un cadre de solidarité sociale, la **dépense courante de santé** correspond à la somme des dépenses engagées par tous les acteurs du système.

Champ > UE-28, exceptés cinq pays (Chypre, Bulgarie, Malte, Roumanie et Croatie) dont les données ne sont pas disponibles.

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