

Le risque maladie-soins de santé, 2^e poste de dépenses de protection sociale au sein de l'UE

Les dépenses de maladie et soins de santé s'élèvent en moyenne à 8,2 % du PIB pour les États membres de l'UE-28 en 2015 (*graphique 1*) et à un niveau un peu supérieur dans les pays de l'UE-15 (8,5 %). Seuls le Royaume-Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas et la France consacrent une part plus importante de leur PIB à ce risque (9,1 % pour la France). À l'inverse, cette dépense est généralement bien moindre (de 3,6 % à 6,9 % du PIB) dans l'ensemble des pays d'Europe du Sud et dans ceux qui ont rejoint l'Union européenne à partir de 2004. Du fait de son niveau de richesse, le Luxembourg 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] le plus élevé d'Europe (3 640 SPA). Avec une dépense par habitant de 2 890 SPA (2 940 euros) en 2015, la France se situe également au-dessus de la moyenne de l'UE-15 (2 640 SPA), mais derrière l'Allemagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Belgique.

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

De 1996 à 2007, les prestations maladie-soins de santé ont augmenté de 3,1 % par an en euros constants au sein de l'UE-15 (*graphique 2*), un rythme du même ordre que celui observé en France (2,9 %), mais bien moindre qu'au Royaume-Uni (6,4 %). En effet, la réforme du NHS engagée par le gouvernement Blair en 1997 est marquée par une très forte augmentation des ressources budgétaires allouées à la santé, ainsi que par une refonte structurelle de l'organisation des soins. À l'inverse, en Allemagne, l'évolution de la dépense de santé reste très faible durant cette période (0,4 % par an en moyenne) du fait des réformes mises en œuvre par le gouvernement Schröder entre 2003 et 2005 (« agenda 2010 ») conduisant à la diminution globale du panier et du montant des prestations remboursées.

Entre 2007 et 2009, la croissance moyenne annuelle de ces prestations s'accroît au sein de l'UE-15 pour s'élever à 4,7 % en euros constants, portée par l'Allemagne. À partir de juillet 2008, l'Allemagne élargit en effet le champ des dépenses de santé prises en charge (réforme Merkel). La hausse des prestations consécutive à cette réforme fragilise l'équilibre financier de ses 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.

Au sein de l'UE-15, l'évolution des prestations de santé reste faible en moyenne entre 2009 et 2015 (1,0 % par an en euros constants). Cette hausse est toutefois plus rapide en 2014 (+1,6 %) et continue d'accélérer en 2015, dans un contexte de reprise économique (voir fiche 19). Depuis la crise, la maîtrise de la dépense de santé passe par des coupes budgétaires et des réformes structurelles, en particulier dans les pays du sud de l'Europe. Après plusieurs années de baisse, les dépenses de santé se stabilisent en Italie (+0,8 % en 2014 et 0,0 % en 2015 en termes réels) et repartent à la hausse de manière marquée en Espagne (+1,5 % en 2014 et +6,3 % en 2015). En Suède et en Allemagne, la croissance réelle des dépenses de santé atteint en moyenne de 3,7 % à 3,6 % par an entre 2013 et 2015, dans un contexte de dynamique soutenue de la population (liée à l'arrivée de réfugiés, migrants, etc.) et de la croissance économique.

Des restes à charge des ménages compris entre 7 % et 42 % de la dépense courante de santé

En 2015, les restes à charge des ménages (*graphique 3*) en proportion des dépenses de santé sont relativement faibles en France (6,8 %) et, dans une moindre mesure, au Luxembourg (10,6 %), aux Pays-Bas (12,3 %) et en Allemagne (12,5 %). À l'exception de la Slovénie et de la République Tchèque, 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 (24,2 %), au Portugal (27,7 %) et en Grèce (35,5 %), le niveau le plus élevé étant atteint en Lettonie (41,6 %).

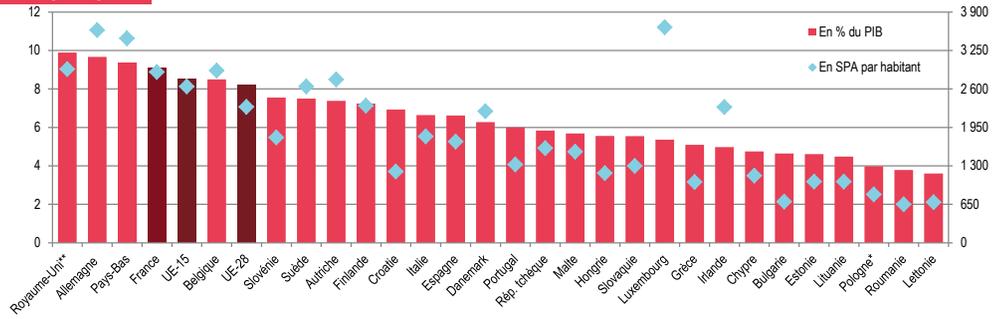
La réduction de l'effort public intervenue après 2008 s'est notamment traduite par une plus grande participation financière des assurés au coût des biens et services de santé, une augmentation du ticket modérateur ou d'autres formes de participation (franchises), voire par le biais d'une réduction du taux de couverture de la population. Ces mesures contribuent à faire significativement progresser le reste à charge des ménages de plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise, comme la Grèce (+6,2 points entre 2009 et 2015), l'Espagne (+4,7 points) ou le Portugal (+3,0 points).

À l'inverse, entre 2009 et 2015, les plus forts reculs 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 (-1,3 point) et en France (-0,8 point).

Pour en savoir plus

- > **Beffy, M., Roussel, R., Mikou, M., et al.** (2017). *Les dépenses de santé en 2016 - Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social, (p : 146-147).
- > **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 2015

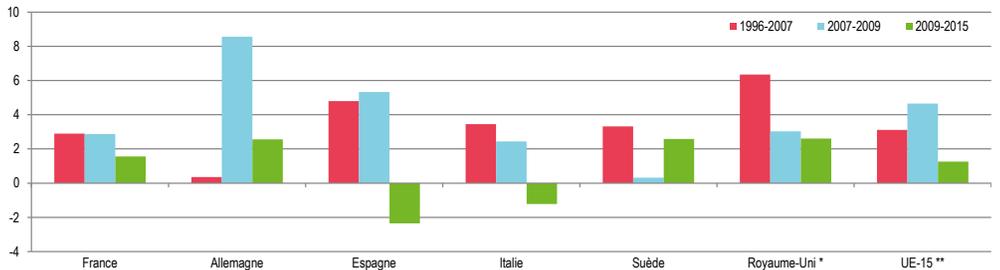


* Données 2014. ** La méthode d'estimation de la dépense de santé a été revue par le Royaume-Uni pour les soins hospitaliers, ce qui conduit à un ressaut de la part de la dépense de maladie-soins de santé en part du PIB pour l'année 2015.

Source > Eurostat, Sespros.

Graphique 2 Évolution des prestations de maladie-soins de santé entre 1996 et 2015

Évolution annuelle moyenne en % (en euros constants)



* Évolutions 1996-2006 et 2009-2014 pour le Royaume-Uni (en raison de ruptures de série en 2007 et en 2015) et évolution 2000-2007 pour l'Espagne en raison d'une rupture de série en 2000.

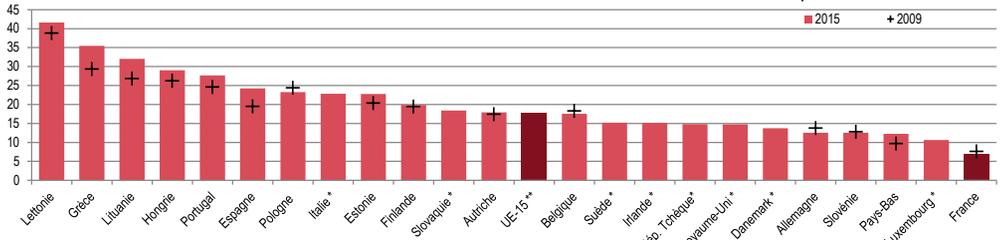
** En raison de ruptures de série, l'évolution 1996-2007 de l'UE-15 est calculée en ne prenant en compte, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 et pour la Grèce que la période 2000-2007. L'évolution 2009-2015 est calculée en ne considérant que la période 2009-2014 pour le Royaume-Uni, ce pays n'ayant pas encore révisé sa dépense des années antérieures à 2015.

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 2015

En % des dépenses courantes de santé



* Pour ces pays, les comparaisons entre les niveaux de reste à charge de 2009 et de 2015 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).