

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) couvre un champ plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en plus des dépenses liées à la consommation des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, la DCSi comprend les dépenses liées à la gouvernance, à la prévention et aux soins de longue durée. En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent près de 17% de leur richesse nationale à la DCSi en 2019, la France six points de moins (11,2%). Les soins courants représentent au minimum la moitié de la dépense dans tous les pays étudiés, majoritairement portée par l'hôpital. Les biens médicaux contribuent à une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches. Enfin, le reste à charge (RAC) des ménages s'élève à 9% de la DCSi en 2019, en France, soit le niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE.

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 2019, avec une DCSi représentant 16,8% de leur produit intérieur brut (PIB), les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 1*). Cinq points derrière, l'Allemagne dépense 11,7% de son PIB pour la santé, devant la Suisse (11,3%) et la France (11,2%). En moyenne, les États membres de l'UE-28 consacrent 10% de leur PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée : les pays de l'UE-15 consacrent en moyenne 10,3% de leurs PIB aux dépenses de santé, tandis que ces dernières sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (entre 8% et 9,5%). Pour les nouveaux membres de l'UE membres de l'OCDE (NM) [voir glossaire], les dépenses de santé représentent en moyenne 6,9% de leur PIB en 2019.

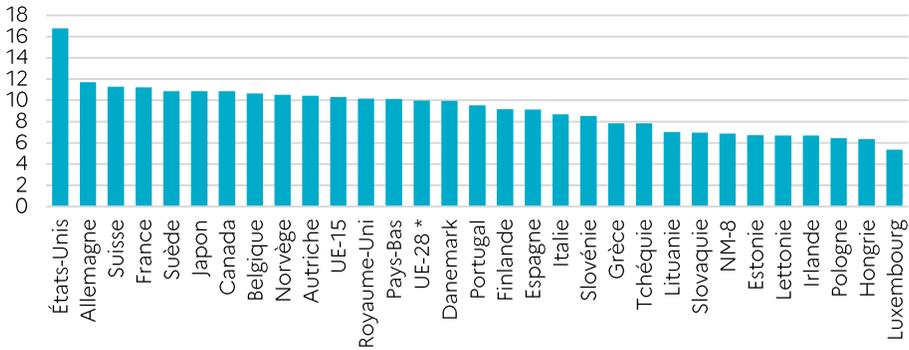
La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque la DCSi est exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA), permettant ainsi de tenir compte des différences de pouvoir d'achat entre les pays, et par habi-

tant. À l'aune de cet indicateur, la France se situe au 8<sup>e</sup> rang des pays de l'UE-28, et au 12<sup>e</sup> rang des pays étudiés, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Luxembourg (*graphique 2*). La dépense de santé en PPA s'élève, en France, à 4 067 euros par habitant en 2019, soit deux fois moins qu'aux États-Unis (8 320 euros par habitant). L'écart est plus modéré avec l'Allemagne qui consacre seulement 959 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 identifie un panier de produits et services de santé, standard pour un pays, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant 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 7 300 euros en PPA santé), mais l'écart avec la France (de 3 250 euros) est alors diminué. La France se situe alors au 9<sup>e</sup> rang des pays étudiés. La Suisse, pays où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, est rétrogradé au 10<sup>e</sup> rang, proposant finalement un volume de biens et services de santé équivalent à celui offert en France par habitant.

**Graphique 1** Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2019

En % du PIB



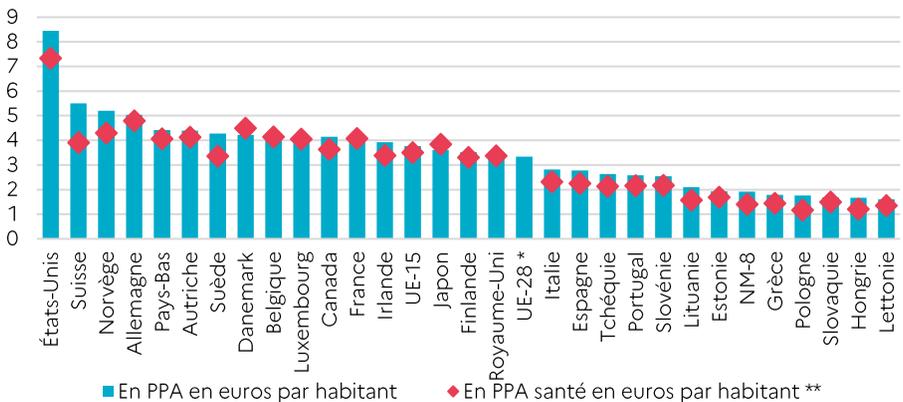
\* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2018. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

**Note >** Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage.

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

**Graphique 2** Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant en 2019

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



\* 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 2018. 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 qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2019.

**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).

Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage.

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

## Des dépenses de santé concentrées dans 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. Un peu plus de 68% des dépenses de santé des États-Unis se rapportent aux soins courants, dont 48% en cabinet de ville et 17% pour les soins hospitaliers (*graphique 3*). 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 comme le Portugal (39%) ou la Finlande (34%). À l'inverse, la France et la Grèce y consacrent une plus faible part de la DCSi (environ 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. Leur part 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 de ces biens sont relativement homogènes entre les différents pays en comparaison des services médicaux (en particulier les salaires des professionnels de santé) [OCDE 2019]. Cette dépense, incompressible, représente pour ces pays une plus forte proportion de leurs dépenses de santé.

La somme des soins courants (à l'hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la quasi-consommation de soins et de biens médicaux (quasi-CSBM dans le *graphique 3*, voir annexe 1 et glossaire pour la définition de la quasi-CSBM dans la DCSi), la CSBM étant l'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 ou à la prévention. Les pays consacrent de 64% (Pays-Bas) à 95% (Slovaquie et Grèce) de la DCSi à la CSBM (77% en France). L'essentiel de l'écart

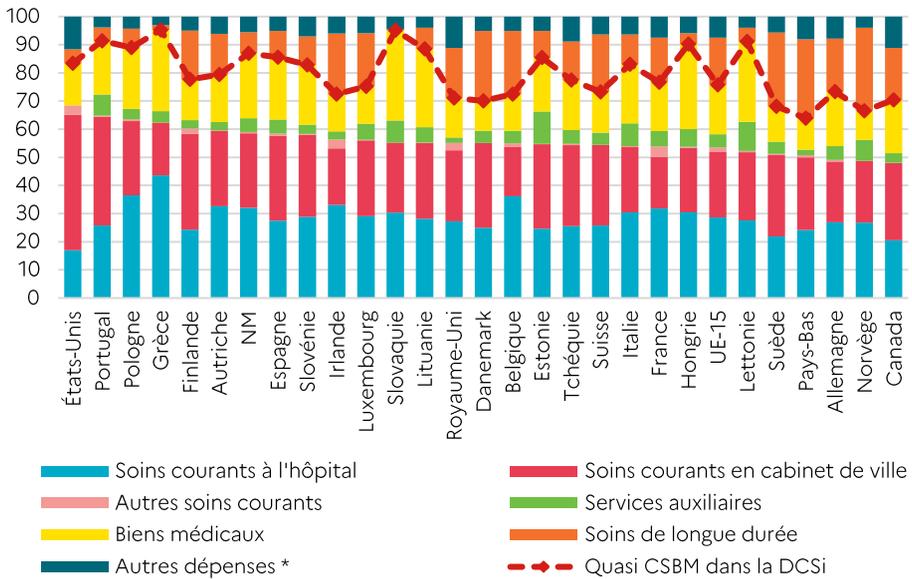
entre la CSBM et la DCSi correspond aux soins de longue durée à destination de la population en perte d'autonomie (personnes âgées et en situation de handicap). Des pays comme les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Danemark y consacrent un quart ou plus du total des dépenses de santé, au contraire de la Slovaquie, de la Grèce et du Portugal qui y allouent moins de 5%.

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

Les dépenses de santé ont ralenti à la suite de la crise économique de 2008-2009, dans un contexte de modération de la hausse des financements publics (État et sécurité sociale). Depuis 2013, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques au sein de l'ensemble des pays de l'OCDE. Dans les neuf pays étudiés ici, la DCSi à prix courants est croissante entre 2013 et 2019, et seules les dépenses de santé de l'Espagne et de l'Italie diminuent encore entre 2013 et 2014 (*graphique 4*). Les dépenses de santé progressent de plus de 4% par an entre 2013 et 2019 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). 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 n'ont pas permis de réévaluer 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 de cette dotation avec le *livelli essenziali di assistenza*).

**Graphique 3** Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2019

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.

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

### 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 2019 (graphique 5).

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 2019, cette part diminue même un peu en Italie et en France sans pour autant compenser la hausse observée à la suite de la crise. Dans les six autres pays étudiés, la croissance des dépenses de santé en part du PIB continue de progresser après la crise : de 0,03 point pour l'Espagne à +2 points pour la Suède entre 2009 et 2019.

### 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 maladies obligatoires ou des assurances privées obligatoires : 80 % en moyenne dans l'UE-15 en 2019 (graphique 6). 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 ménages<sup>1</sup>. Ce reste

<sup>1</sup> 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

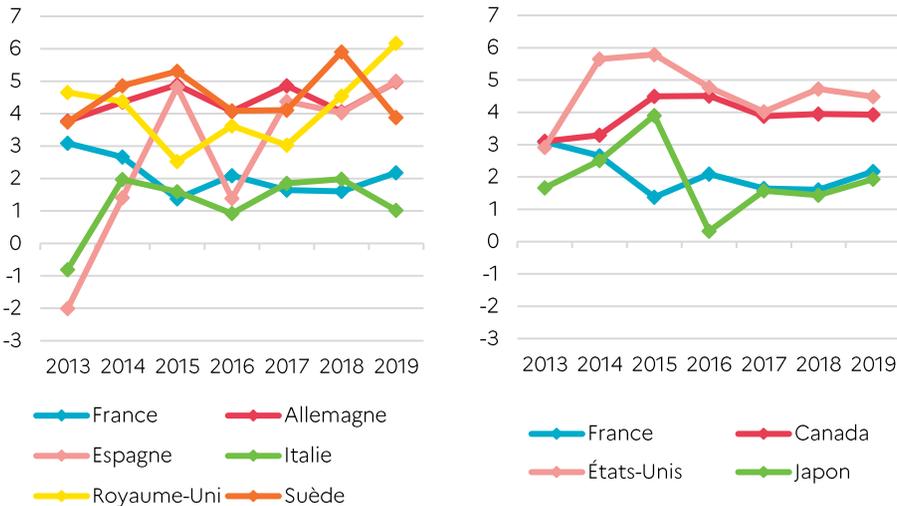
calcul développé par l'OCDE est décrit dans le glossaire.

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 2019, dans les pays de l'UE-15, 15 % 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 (35 % en Grèce et 30 % au Portugal), les NM (20 % en moyenne) et en Suisse (25 %). 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 % en 2019). Douze pays ont une part de la DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 15 % et légèrement supérieure à celle constatée en France. Dans ces pays, où la part des assurances privées non obligatoires est quasi nulle (comme en Allemagne, au Japon, en Norvège et en Suède), les régimes obligatoires publics ou privés peuvent cependant couvrir une part de la

dépense plus importante qu'en France (84 % ou plus). 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 assez 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 (941 euros PPA en 2019) [graphique 7]. Le RAC des ménages est en moyenne de 570 euros PPA dans l'UE-15 et 384 euros PPA dans les NM. Au sein de l'UE-15, c'est encore en France que le RAC est le plus faible avec 371 euros PPA par habitant.

**Graphique 4** Taux de croissance annuel moyen de la DCSi entre 2013 et 2019

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



**Note >** Les données pour la France ont été actualisées pour les années 2013-2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage.

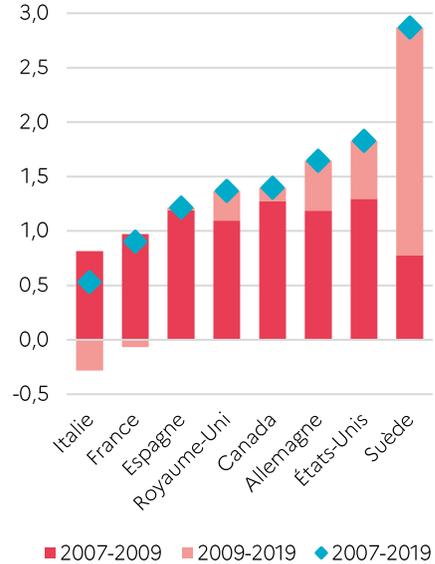
**Sources >** DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Graphique 5 Évolution de la DCSi en fonction du PIB entre 2007 et 2019

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



Évolution en points de PIB



**Note >** Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2013-2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage. Une rupture de série est observée en 2013, la rétropolation des données des années antérieures étant prévue pour la prochaine édition de cet ouvrage.

**Sources >** DREES, comptes de la santé (pour la France, données pour les années 2013-2019); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA); OCDE, Comptes nationaux.

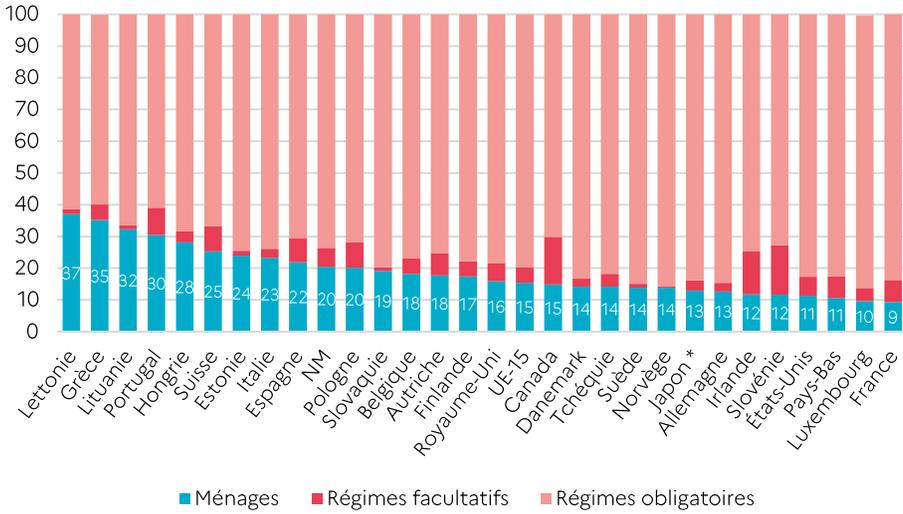
### Les soins de longue durée pèsent beaucoup dans le reste à charge en France

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 de la CSBM, fait apparaître que près de la moitié du RAC par habitant exprimé en PPA en France est liée 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. Celui-ci représente finalement un quart des dépenses de SLD (25%), alors qu'il est inférieur à 10% en Suède ou au Danemark (respectivement 7% et 9%) pour des montants inférieurs à 100 euros PPA (77 euros et 94 euros). Les pays du sud de l'Europe ont des montants de RAC pour leur dépenses de SLD relativement faibles: 39 euros en Espagne, 52 euros au Portugal et 73 euros en Italie. Ces montants sont à mettre en regard de la faiblesse des dépenses de SLD dans ces pays qui sont pourtant des pays vieillissants. ■

**Graphique 6** Financement de la DCSi en 2019

En % de l'ensemble des dépenses

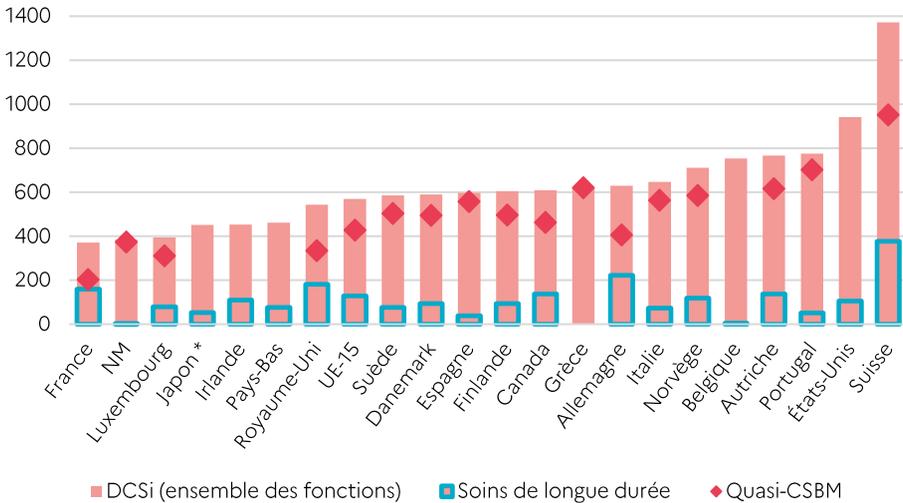


\* Données 2018 pour le Japon.

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

**Graphique 7** Reste à charge des ménages selon la fonction de la dépense de santé en 2019

En PPA en euros par habitant



\* Données 2018 pour le Japon.

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). Les données ne permettent pas de calculer un reste à charge spécifique pour l'ensemble des fonctions pour le Japon, l'Irlande, les Pays-Bas, la Grèce, la Belgique et les États-Unis. Le RAC sur la quasi-CSBM n'est pas calculé pour ces pays.

Sources > 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/>.