

Les dépenses de santé représentent en moyenne 8 % du PIB en Europe

En 2017, les dépenses de maladie et soins de santé s'élèvent en moyenne à 7,9 % 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 (9,1 % pour la France). Cette dépense est généralement moindre dans l'ensemble des pays de l'Europe du Sud et de l'Est (de 3,3 % 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 un montant de dépenses par habitant mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA) parmi les plus élevés d'Europe (3 650 SPA). Avec une dépense par habitant de 2 920 SPA (soit 3 120 euros par habitants) en 2017, la France se situe au-dessus de la moyenne de l'UE-15 (2 620 SPA), ainsi que l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Autriche et l'Irlande.

Entre 2007 et 2017, les prestations maladie-soins ont progressé de 2 % par an

Entre 2007 et 2017, les prestations maladie-soins de santé ont augmenté de 2 % par an en euros constants au sein de l'UE-15 et de 2,1 % dans l'UE-28 (*graphique 2*). Au cours de la dernière année, le rythme de croissance reste identique : +2,1 % entre 2016 et 2017 pour l'UE-15 comme pour l'UE-28. Le rythme de croissance des dépenses de santé en France est légèrement inférieur à la moyenne européenne (+1,8 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2017). Il est également inférieur à celui de la Suède (+2,1 %), du Royaume-Uni (+3,1 %) et de l'Allemagne (+4 %). L'évolution moyenne durant la décennie 2007-2017 est à analyser au regard de la crise de 2008. Au lendemain de la crise, les dépenses de santé ont fortement ralenti en moyenne au sein de l'UE-15, comme en France. Elles ont accéléré ensuite (+2 % entre 2013 et 2017), alors qu'elles sont restées assez stables en France. Cela résulte de dépenses plus dynamiques dans certains pays membres (Allemagne, Suède) et du retour à la croissance dans les pays de l'Europe du Sud (Espagne, Italie). Dans ces deux pays, les prestations maladie-soins de santé ont globalement diminué pendant cette décennie, avec un taux de croissance annuel moyen de respectivement -0,1 % et -0,5 %. La crise de 2008 les a conduits à des coupes budgétaires et à des réformes structurelles de leur système de santé. Après des années de baisse jusqu'en 2013, les dépenses se stabilisent en Italie, tandis qu'elles fluctuent en Espagne (+6,4 % en 2015, -3,8 % en 2016, +1,8 % en 2017). La hausse particulièrement importante de la part des prestations santé dans le PIB en Allemagne au cours de ces 10 dernières années, dont une augmentation marquée en 2008-2009 (+13 %), s'explique par un mouvement simultané de hausse des dépenses de santé

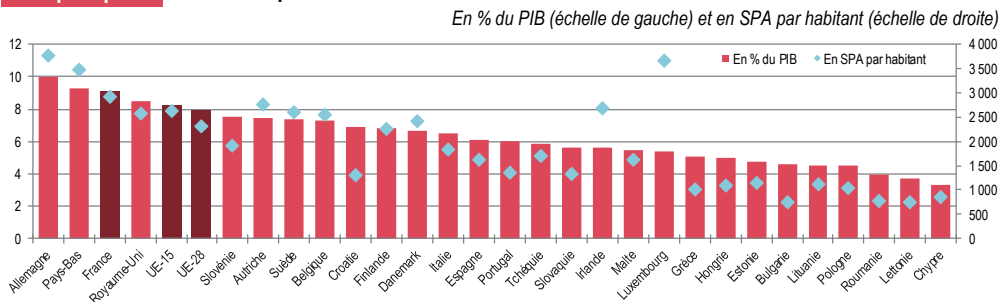
et d'une forte contraction de la croissance du PIB (Busse, Blümel, 2014). Par ailleurs, la réforme de 2007 a modifié les conditions d'accès aux assurances privées en santé et en soins de longue durée, conduisant ainsi à faire entrer dans le champ de la protection sociale une partie des dépenses assurées auparavant par le secteur privé obligatoire. Du fait du vieillissement de la population, et d'une fixation décentralisée des taux de cotisation par les caisses professionnelles, les dépenses de santé sont en constante augmentation en Allemagne depuis les années 1990 : elles ont presque doublé en valeur absolue entre 1992 et 2012. Plusieurs réformes ont été mises en œuvre par le gouvernement Merkel en 2007, 2011 et 2014, afin de contenir la progression des dépenses et limiter les déficits récurrents des caisses publiques de santé : l'État fixe à présent le taux de cotisation et attribue aux caisses un montant forfaitaire pour chaque assuré en fonction de ses caractéristiques. Ces réformes, notamment celles de 2007, ont permis aux caisses d'assurance maladie de redevenir excédentaires dès 2011 et d'avoir une croissance plus modérée des dépenses de santé (+3,3 % entre 2011 et 2017), dans un contexte de croissance démographique liée à l'arrivée de migrants.

9 % de reste à charge en santé en France, le taux le plus faible d'Europe

En 2017, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages (*graphique 3*) est relativement faible au Luxembourg (10,7 %), aux Pays-Bas (11,1 %), en Irlande (12,3 %), en Slovénie (12,3 %) et en Allemagne (12,5 %). La France présente le taux le plus bas (9,4 %) : au niveau élevé de prise en charge des dépenses de santé par les pouvoirs publics s'ajoute une place relativement importante des organismes complémentaires facultatifs.

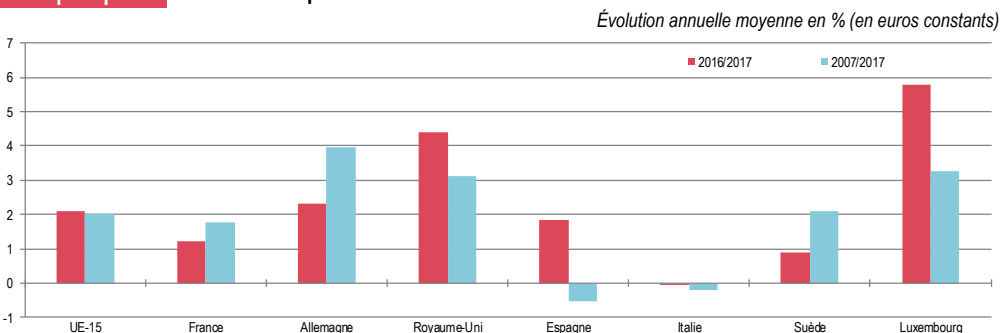
À l'exception de la Slovénie et de la Tchéquie, les restes à charge sont plus élevés dans les pays d'Europe de l'Est et du Sud qu'en moyenne dans l'UE-15. C'est notamment le cas en Espagne et en Italie (23,5 %), au Portugal (27,5 %) et en Grèce (34,8 %), le niveau le plus élevé étant atteint en Lettonie (41,8 %). 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 la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages de plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise, comme la Grèce (+5,4 points entre 2009 et 2017), l'Espagne (+4,1 points) ou le Portugal (+2,9 points). À l'inverse, entre 2009 et 2017, 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 (-1,3 point), en France (-0,8 point) ainsi qu'en Pologne (-1,6 point).

Graphique 1 Niveau des prestations de maladie-soins de santé en 2017



Source > Eurostat, Sespros.

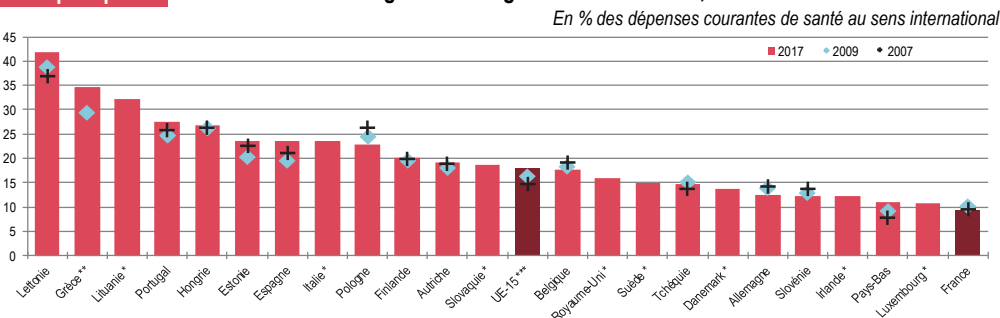
Graphique 2 Évolution des prestations de maladie-soins de santé entre 2007 et 2017



Note > Les évolutions pour l'ensemble des pays de l'UE-28 sont disponibles dans les données associées à l'ouvrage sur le site internet de la DREES. L'évolution entre 2007 et 2009 en Allemagne est marquée par une forte augmentation, car la réforme de 2007 a modifié les conditions d'accès aux assurances privées en santé et en soins de longue durée, conduisant ainsi à faire entrer dans le champ de la protection sociale une partie des dépenses assurées auparavant par le secteur privé obligatoire.

Source > Eurostat, Sespros.

Graphique 3 Niveau du reste à charge des ménages en santé en 2007, 2009 et 2017



* Pour les pays signalés par une étoile, les comparaisons entre les niveaux de reste à charge de 2009 et de 2017 ne peuvent être effectuées en raison d'une rupture de série durant la période d'étude.

** La donnée 2007 n'est pas disponible pour la Grèce.

*** Moyenne UE-15 non pondérée, tous les pays ont un poids identique.

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 non membres de l'OCDE (Chypre, Bulgarie, Malte, Roumanie et Croatie).

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

Pour en savoir plus

> Busse, R., et Blümel, M. (2014). Germany, Health system review, *Health systems in transition* (16)2. World Health Organization (OMS), European Observatory of Health Systems and Policies.

> Gonzalez, L., et al. (2019). *Les dépenses de santé en 2018. Résultats des comptes de la santé (édition 2019)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.