

En France, la dépense de santé en part de PIB est parmi les plus élevées de l'Union européenne

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 17 % du PIB en 2017 (graphique 1) et en particulier des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE. Près de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse dépense 12 % de son PIB pour la santé, devant la France, l'Allemagne et la Suède (11 %), à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'UE-15 (10 %). Il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : les pays de l'UE-15, sauf le Luxembourg et l'Irlande, consacrent plus de 8 % de leurs ressources à la santé, contrairement aux pays d'Europe centrale, à l'exception de la Slovaquie (7 % en moyenne parmi les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 : NM [voir glossaire]). Au sein de l'UE-15, les dépenses de santé sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA) et par habitant. Pour cet indicateur, la France se situe au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. Les écarts relatifs de pouvoir d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis et chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Allemagne notamment). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

La croissance des dépenses de santé reste modérée depuis 2013

Les dépenses de santé ralentissent à compter de 2010, en part de PIB comme à prix constant, dans un contexte de hausse plus modérée des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (voir fiche 37). Les pays du sud de l'Europe et l'Irlande connaissent même une diminution de leurs dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013, particulièrement marquée pour la Grèce (-10 % en moyenne annuelle) et le Portugal (-4 %).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, à un rythme toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de près de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2017, après une croissance nulle entre 2009 et 2013 (graphique 2). Ce rebond des dépenses de santé en

moyenne au niveau de l'UE-15 est dû à la fois à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie. De même, parmi les NM, la croissance réelle des dépenses de santé est de 3 points plus rapide entre 2013 et 2017 qu'entre 2009 et 2013, mais reste nettement inférieure à celle des années précédant la crise économique. En revanche, aux États-Unis, la croissance moyenne des dépenses de santé de 2013 à 2017 retrouve sa tendance d'avant la crise, proche de 4 % annuels.

Le système international des comptes de la santé

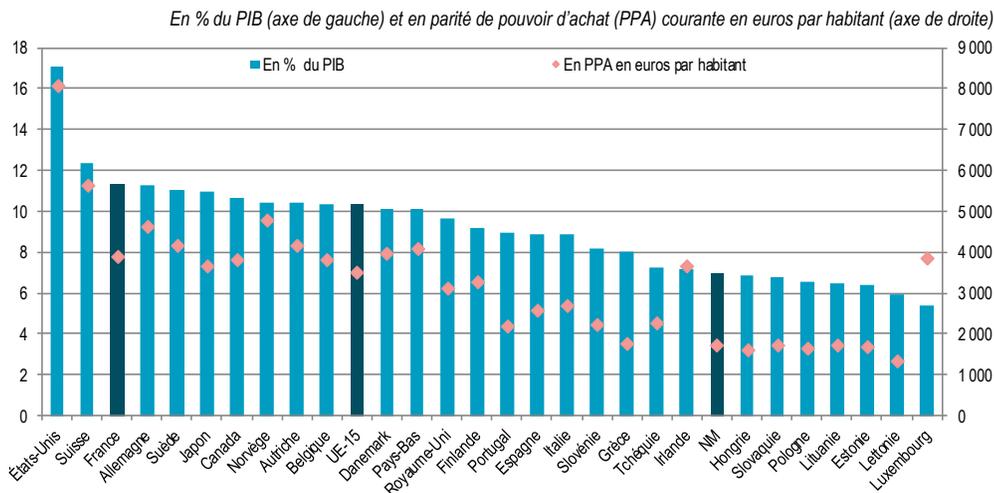
Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat. L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)**. Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé français), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion. Pour l'imbrication avec les concepts de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de la DCS au sens français (voir annexe 1). Les données sont révisées régulièrement, ce qui peut expliquer des écarts avec les chiffres publiés lors de la précédente édition de cet ouvrage. En particulier, le périmètre français a été révisé pour l'édition 2018 afin d'inclure les frais d'hébergement en établissements de soins de longue durée (voir annexe 5).

Les pays de l'OCDE comparés : dans ce chapitre, sont considérés les 15 pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004 (UE-15), les autres pays de l'Union européenne pour lesquels les données de l'OCDE sont disponibles, désignés par NM (Estonie, Lettonie, Lituanie, République tchèque, République slovaque, Slovaquie, Hongrie, Pologne), la Suisse, la Norvège, le Canada, les États-Unis et le Japon.

Pour en savoir plus

- > Méthodologie des comptes de la santé disponible en annexes.
- > **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017**, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.
- > **System of Health Accounts (SHA)**, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2017



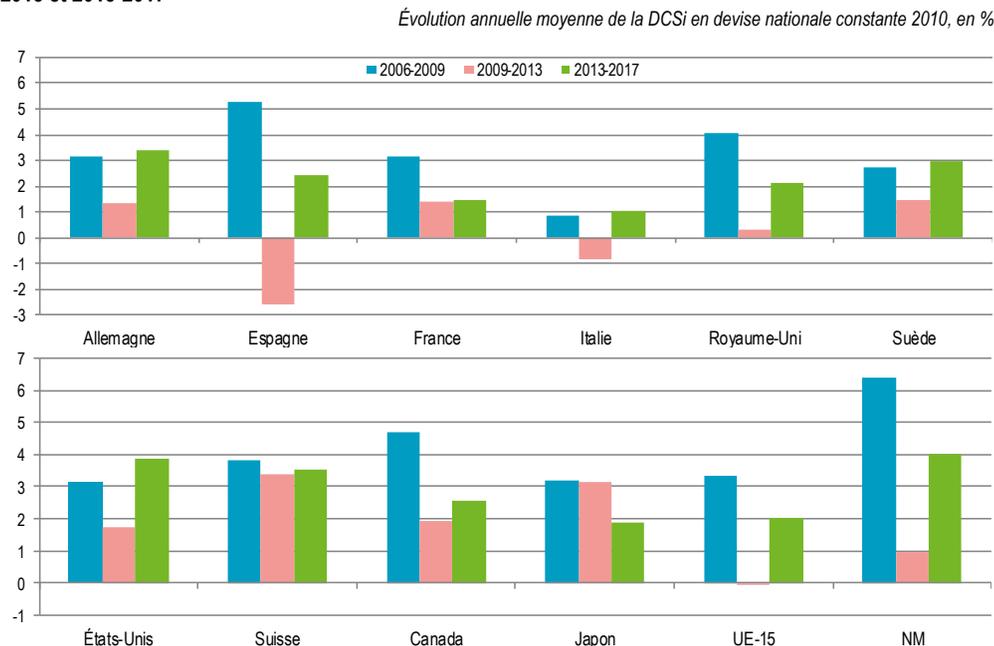
Note > À partir de l'édition 2018, les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSi française (voir annexe 5).

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

Champ > UE-15, NM et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

Graphique 2 Évolutions annuelles moyennes réelles de la DCSi pour les périodes 2006-2009, 2009-2013 et 2013-2017



Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : Suède 2010-2011, Italie 2011-2012, Royaume-Uni 2012-2013, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE-15 et NM sont corrigées des ruptures de série et sont pondérées par la population. Par rapport à l'édition 2018, les DCSi du Canada ont été légèrement révisées pour l'année 2015, reflétant la révision des dépenses du secteur privé en raison d'améliorations méthodologiques.

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