

E. La dépense de santé en comparaison internationale

Les données présentées dans ce chapitre se rapportent à 2013, dernière année comptable disponible en comparaison internationale. Contrairement à l'édition 2014, ces données sont désormais présentées en base 2010 (et non plus 2005) des Comptes nationaux, ce qui les rend directement comparables aux autres données de ce rapport. Pour la France, l'écart de niveau entre les bases 2005 et 2010 pour la dépense courante de santé est d'environ 700 millions d'euros en 2011.

De même, les comparaisons internationales, auparavant menées sur le PIB en base 2005, sont maintenant effectuées sur le PIB en base 2010, ce qui conduit à une révision à la hausse des niveaux de PIB.

Pour la France, l'ensemble de ces modifications conduit à une révision à la baisse de la part des dépenses de santé dans le PIB de 0,4 point en 2012 et de 0,3 point les années précédentes. En 2013, en Belgique ou aux Pays-Bas, cette révision peut atteindre 0,7 point à la baisse alors qu'elle est de 1,7 point à la hausse en Suède.

La **dépense totale de santé** (DTS) est un agrégat utilisé depuis 2003 pour comparer les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de la communauté européenne (Eurostat) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, certains pays de l'OCDE ne comptabilisent pas de dépenses d'investissement dans leur DTS. L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est donc la **dépense courante de santé** au sens international (DCSi), égale à la DTS hors dépenses en capital.

Dans tous les pays de l'OCDE, la DCSi progresse plus rapidement que l'activité économique, entraînant une hausse de la part du PIB consacrée à la santé. La part moyenne des dépenses de santé sur l'ensemble des pays de l'OCDE était de 8,0 % du PIB en 2007. Elle a crû en moyenne d'un point pendant la période 2008-2009 et a légèrement reculé ensuite en 2010 (-0,2 point) pour finalement atteindre 8,7 % en 2013 (graphique E1.2). La progression observée en 2008 et plus encore en 2009 résulte de la contraction du PIB intervenue dans de nombreux pays de l'OCDE à la suite de la crise. En 2010, en revanche, la part du PIB dédiée à la santé a diminué légèrement dans la plupart des pays pour se stabiliser en 2011.

Avec une DCSi représentant 10,9 % du PIB en 2013, la France se place en 6^e position, loin derrière les États-Unis (16,4 %) et à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse (11,1 %), de la Suède et de l'Allemagne (11,0 %). Un autre groupe de pays composé du Danemark (10,4 %), du Japon, de la Belgique et du Canada (10,2 %), ainsi que de l'Autriche (10,1 %) suit avec des valeurs sensiblement supérieures à la moyenne des vingt-sept pays présentés (9,3 %).

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA) plutôt que la dépense en points de PIB. Pour cet indicateur, la France se situe au 12^e rang parmi les vingt-sept pays comparés, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de ces pays. Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique) et au Canada.

Les comparaisons de niveaux de dépenses de santé entre pays doivent être prises avec prudence en raison de la spécificité des différents systèmes de soins qui peuvent conduire à des écarts de comptabilisation. Pour limiter ces effets, une harmonisation des méthodologies a été menée au cours de ces dernières années sous l'égide de l'OCDE. Toutefois, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à la formation brute de capital fixe (FBCF).

C'est la raison pour laquelle la DREES présente désormais les comparaisons en retenant le concept de dépense courante de santé au sens international (DCSi). Celle-ci est égale à la dépense totale de santé (DTS), hors dépense en capital. Cela présente l'avantage de neutraliser l'effet de champ : en effet, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas de FBCF dans leur DTS.

L'imbrication des concepts de DTS et DCSi avec les concepts de CSBM et de DCS au sens français est présentée en annexe 1.

DÉFINITIONS

Dépense totale de santé (DTS) : elle comprend la consommation finale de produits et de services de santé ainsi que les dépenses d'investissement en infrastructures de soins de santé.

Dépense courante de santé (DCS) au sens de l'OCDE : elle est égale à la DTS diminuée des dépenses d'investissement (Formation brute de capital fixe – FBCF).

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer, lors de la conversion, les différences de niveau des prix entre pays.

POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

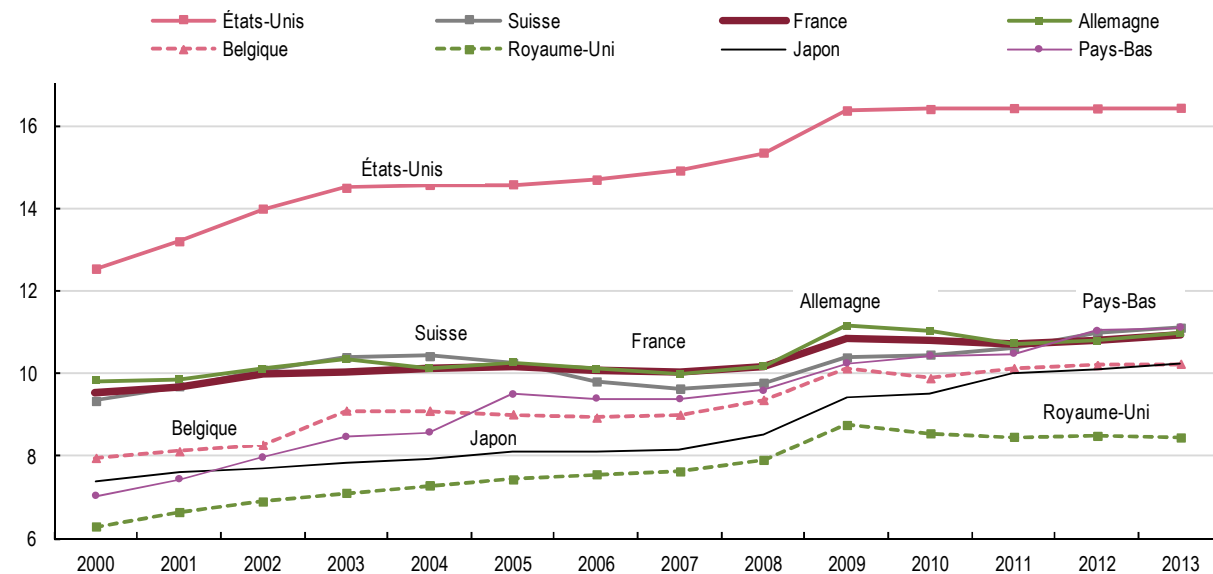
SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/els/health-systems/.

Panorama de la santé : Europe 2014, OCDE, décembre 2014.

«Written statement to Senate Special Committee on Aging », 30th September 2009, Mark Pearson, OECD. Part de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE dans le PIB.

E1.1 Part de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE dans le PIB

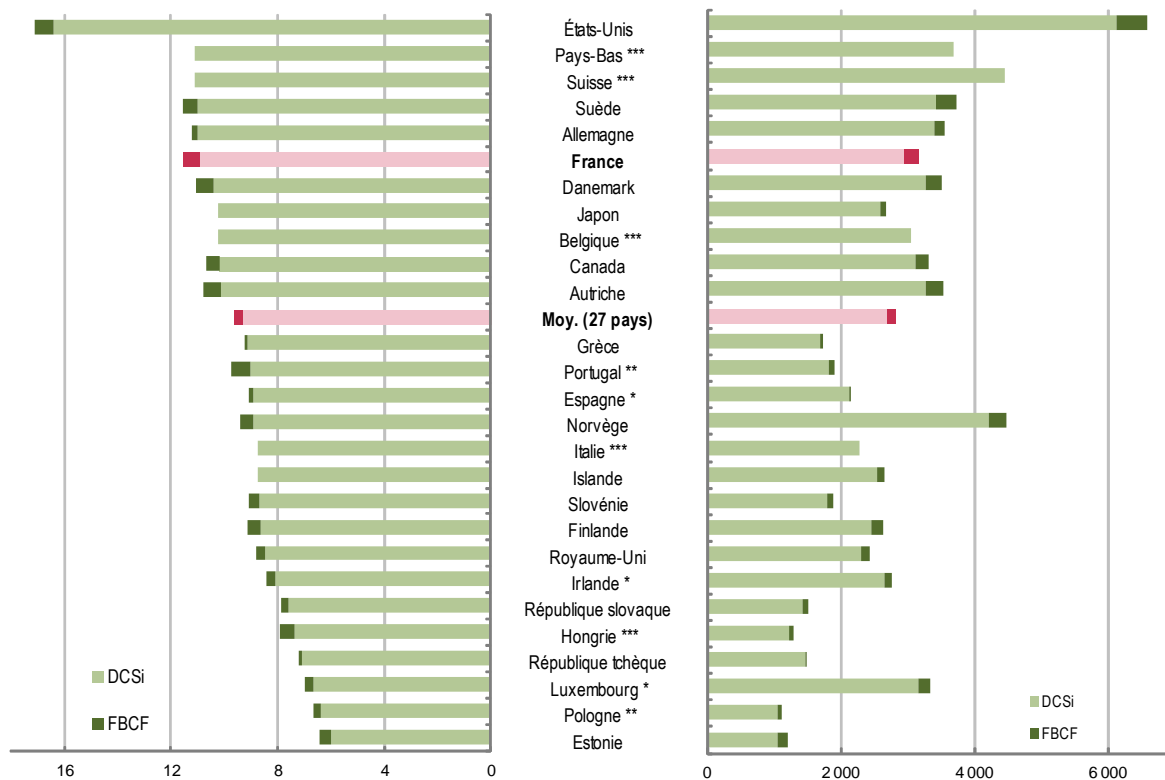
En %



E1.2 Dépense courante et dépense totale de santé en 2013 au sens international

en % PIB

par habitant en PPA - En euros



Le **reste à charge des ménages**, tel que calculé par l'OCDE, comprend leur participation au coût des soins (franchises...), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassesments d'honoraires médicaux...).

En 2013, dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche (*i.e.* les pays européens pour lesquels les données sont disponibles, les États-Unis, le Canada et le Japon), 13,4 % de la **dépense courante de santé** au sens international (DCSi) sont à la charge des ménages. Par rapport aux autres pays développés, la France est un de ceux où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi) [graphiques E2.1 et E2.2]. Les Pays-Bas, les pays scandinaves (Danemark, Norvège, Suède), la République tchèque, le Royaume-Uni, le Japon et le Luxembourg ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. À l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France. Toutefois, le reste à charge néerlandais (5 %) est à interpréter avec précaution : il serait sous-estimé d'après l'OCDE car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payée par les patients et plafonnée à 360 euros en 2014 (350 euros en 2013 et 220 euros en 2012).

Les restes à charge sont généralement bien plus élevés en proportion de la DCSi dans les pays d'Europe du Sud. En 2013, ils atteignent 22 % en Espagne et en Italie, 28 % au Portugal et dépassent 30 % en Grèce.

Malgré la crise, le reste à charge est resté relativement stable dans la plupart des pays entre 2007 et 2013 (graphique E2.3). C'est le cas notamment en France, en Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas. La relative stabilité entre le début et la fin de période masque en réalité des évolutions différentes avant et après la crise. Les variations sont faibles sur l'ensemble de la période, notamment dans les pays nordiques, en France, au Canada ou en Allemagne. Toutefois, dans les pays du Sud de l'Europe en particulier, la crise a entraîné une réduction de la part des dépenses financée par les ménages entre 2007 et 2009. Ce recul a été compensé par les financements publics. L'immédiat après-crise

s'est traduit par une inversion de la situation avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (**PPA**) est également très différent d'un pays à l'autre. Après les Pays-Bas, sous les réserves mentionnées précédemment, c'est en France qu'il est le plus faible (avec un montant de 208 euros par habitant et par an) et au Royaume-Uni (242 euros).

En moyenne, un habitant des pays d'Europe du Sud s'acquitte de montants correspondant à plus de 2,3 fois les montants payés directement par un Français. C'est en Suisse que ces montants sont les plus élevés : 1 228 euros de dépenses annuelles par habitant, soit plus d'un quart des dépenses courantes de santé.

Les États-Unis, bien que faisant partie des pays dont le reste à charge est le plus faible en proportion de la dépense courante de santé (12,3 %), arrivent en deuxième position pour l'importance de leur reste à charge en valeur absolue (809 euros par habitant et par an), soit près de quatre fois le niveau français. En effet, aux États-Unis, la dépense est atypiquement élevée (du fait surtout d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées, les dépenses publiques représentant moins de 50 % du total.

La proportion des dépenses restant à la charge des ménages est très différente selon la nature des soins concernés. Ce reste à charge représente en moyenne dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche 29 % pour les dépenses pharmaceutiques, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers (4 %) ou en ville (15 %). L'importance du poste médicament dans le RAC tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus grandes sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France, en 2013, sur le champ de la DCSi, la hiérarchie est la même mais les restes à charge des ménages sont moindres : 17 % pour les dépenses pharmaceutiques, 2 % pour les soins hospitaliers et 10 % pour les soins de ville.

DÉFINITIONS

Reste à charge des ménages (RAC) : montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires.

Dépense courante de santé (DCSi) : voir fiche E1.

PPA : les parités de pouvoir d'achat sont des taux permettant de convertir les prix dans une monnaie commune tout en éliminant les différences de pouvoir d'achat entre monnaies. Leur utilisation permet d'éliminer les différences de niveaux des prix entre pays.

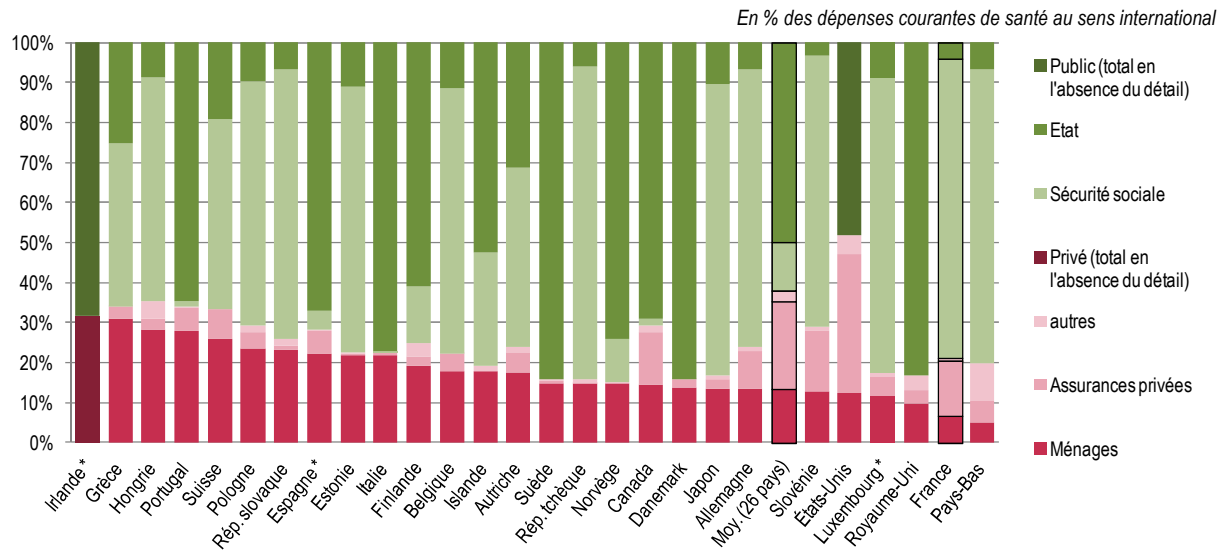
POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

SHA : System of Health Accounts, consultable sur www.oecd.org/els/health-systems/.

Panorama de la santé : Europe 2014, OCDE, décembre 2014.

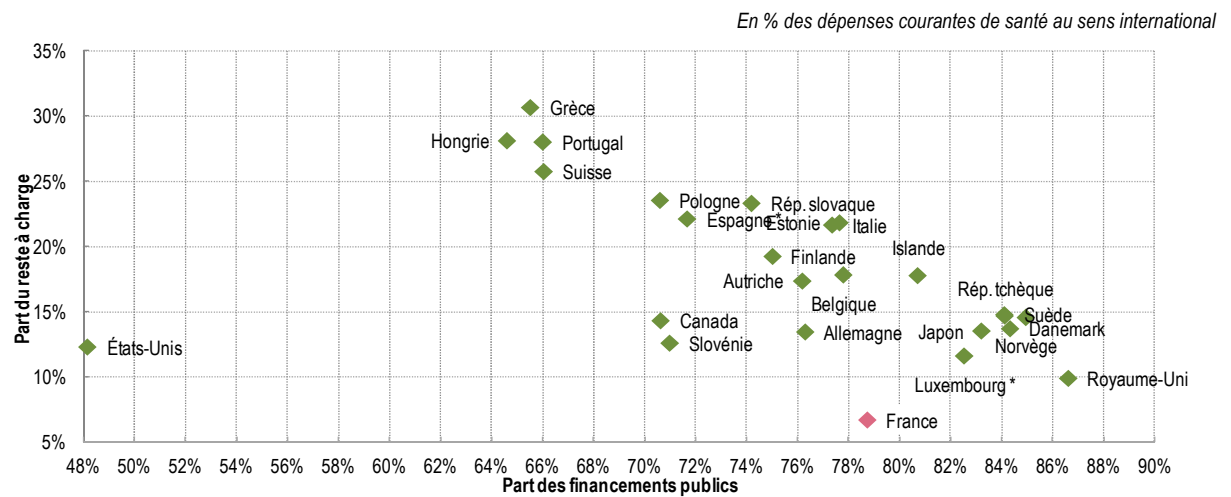
E2.1 Le financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2013



* Données 2012.

Note : La moyenne est pondérée par la population des 26 pays (tous les pays présentés à l'exception de l'Irlande pour laquelle le détail n'est pas disponible).
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

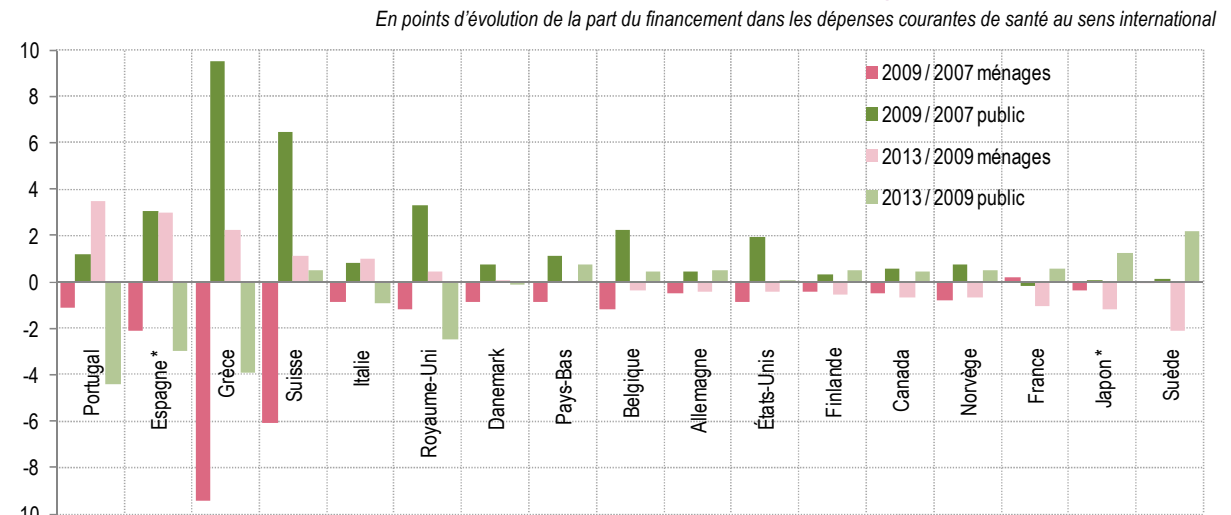
E2.2 Le financement public et le reste à charge dans les dépenses courantes de santé au sens international en 2013



* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E2.3 L'évolution 2013-2007 de la part des financements publics et du reste à charge



Note : Toutes les données disponibles ne sont pas présentées dans ce graphique.

* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

En 2013, les **soins hospitaliers publics et privés** (hors soins de longue durée aux personnes âgées) représentent 44 % de la consommation de soins et de biens médicaux française, ce qui place la France en 3^e position par rapport aux autres pays de l'OCDE comparés dans cette fiche (pays européens dont les données sont disponibles, Canada, États-Unis et Japon), derrière les Pays-Bas et la Grèce (*graphique E3.1*).

Ces positions relatives doivent être examinées avec prudence : en effet, elles dépendent étroitement de l'organisation des soins et en particulier de l'organisation de la chirurgie ambulatoire dont le développement s'effectue à des rythmes variables selon les pays. Lorsqu'on exclut l'hospitalisation de jour de l'analyse des dépenses hospitalières, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et de biens médicaux passe pour la France à 36 %, ce qui la place en 14^e position sur les 24 pays de l'OCDE comparés dans cette fiche.

Une approche par type de producteurs permet de manière complémentaire de mettre en lumière le rôle de l'hôpital en tant que prestataire de soins : la part de l'hôpital dans la consommation de soins et de biens médicaux (y compris les soins de longue durée) est de 42 % pour la France en 2013. La France se place alors au même niveau que la Suède et à un niveau proche de celui de ses voisins européens à l'exception de l'Allemagne (33 %).

Les indicateurs de l'activité des hôpitaux font, d'ailleurs, apparaître la France en position moyenne par rapport à ses partenaires européens pour sa dotation en équipements hospitaliers comme le nombre de **lits de soins aigus**. En 2013, il s'élève à 3,4 lits pour 1 000 habitants en France, contre 3,7 en moyenne dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche (*graphique E3.2*). La tendance générale est à la

réduction du nombre de lits, en lien avec le développement de nouvelles techniques d'intervention. Ainsi, les progrès technologiques et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire (43 % en France en 2013 sur les 38 gestes marqueurs) et ont diminué le recours à l'hospitalisation qui sont en partie à l'origine de cette réduction du nombre de lits.

Cette tendance à la baisse est également constatée pour le nombre total de lits d'hôpital, y compris ceux pour soins de longue durée, dont le nombre est passé de 8,0 à 6,3 en France pour 1 000 habitants entre 2000 et 2013 et de 5,5 à 4,8 en moyenne dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Ce recul s'observe dans presque tous les pays de l'OCDE.

La réduction du nombre de lits à l'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation dans plusieurs pays. Il atteint en moyenne 77 % dans les pays de l'OCDE, la France se situant un peu en dessous, avec un taux d'occupation des lits d'hôpital de 75 % (de source OCDE).

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficience du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, et donc un coût journalier supérieur. En 2013, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,7 jours, contre 6,7 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE comparés dans cette fiche. Toutefois, cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France au cours des 13 dernières années alors qu'elle a généralement baissé dans les autres pays de l'OCDE. Elle est passée en moyenne de 7,6 à 6,7 entre 2000 et 2013 (de source OCDE), la diminution étant intervenue essentiellement avant 2010.

ANALYSE DES DÉPENSES DANS SHA (SYSTÈME INTERNATIONAL DES COMPTES DE LA SANTÉ)

Deux approches sont utilisées pour analyser les dépenses :

L'hôpital sous l'angle des soins (nomenclature HC) correspond aux montants totaux dépensés lors d'une hospitalisation : les honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique privée sont alors intégrés dans les dépenses d'hospitalisation privée.

L'hôpital en tant que producteur (nomenclature HP) correspond à l'entité qui assure les soins : les montants des cliniques privées ne comprennent alors que les frais de séjour, et non les honoraires des médecins libéraux y exerçant (inclus, dans cette approche, dans la production de soins des médecins).

DÉFINITIONS

La consommation individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison correspond en fait à la CSBM des Comptes de la santé : elle comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades.

Lits de soins aigus : en théorie, il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation ou soins psychiatriques.

Durée moyenne d'hospitalisation : elle est calculée en divisant le nombre total de journées passées par tous les patients dans les unités de soins aigus au cours d'une année par le nombre des admissions ou des sorties. Les admissions avec sorties le jour même ne sont pas prises en compte.

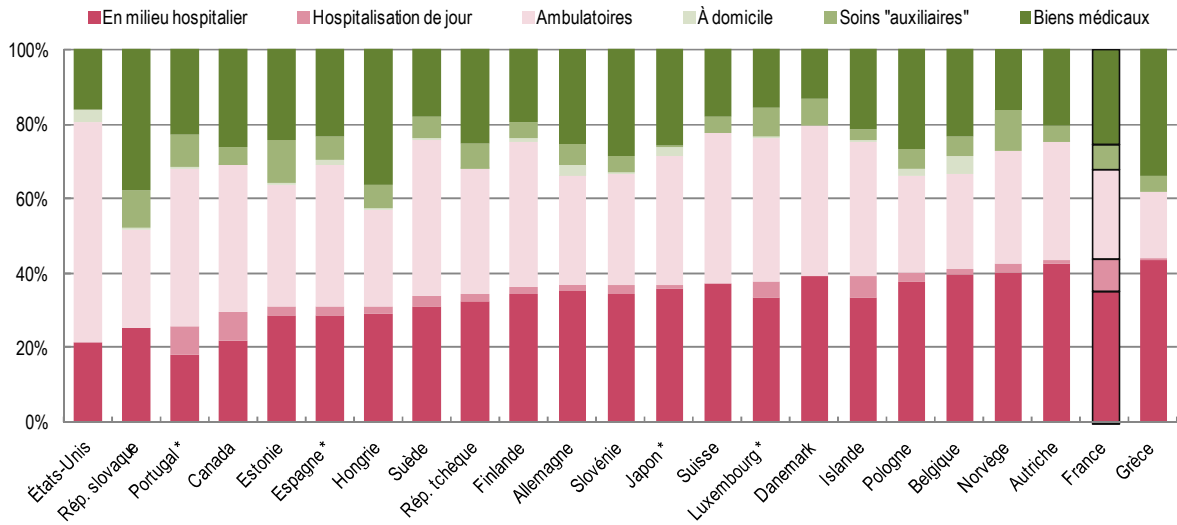
POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

Health at a glance : Europe 2014, OCDE.

Programme de qualité et d'efficience "maladie" annexé au PLFSS pour 2015, indicateurs n°11, 4-8, 4-9 relatifs à la France.

E3.1 Structure des dépenses courantes de santé par type de soins en 2013



* Données 2012. Données manquantes pour l'Irlande, l'Italie et le Royaume-Uni
 Note : La structure présentée ici est calculée sur les dépenses individuelles de santé, hors soins de longue durée.
 Lecture : Dans certains pays, la chirurgie ambulatoire est incluse dans les soins ambulatoires. Par conséquent, la proportion d'hospitalisation de jour reflète mal les différences de développement de la chirurgie ambulatoire.
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015

E3.2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2000 et en 2013

Nb lits / 1 000 habitants

Durée moyenne de séjour (Nb jours)



* Données 2012. ** données 2011.
 Note : Les données ne tiennent pas compte de la chirurgie ambulatoire et sont classées par ordre décroissant du positionnement des pays en 2013 sur ces deux dimensions. Pour le nombre de lits, la moyenne est une moyenne sur 27 pays en 2013 et sur 25 pays en 2000, les données du Luxembourg et de l'Islande n'étant pas disponibles pour cette année. De même, pour les durées de séjours, la moyenne est une moyenne sur 25 pays en 2013 et sur 21 pays en 2000, les données du Luxembourg, de la Pologne, du Royaume-Uni et de l'Islande n'étant pas disponibles pour cette année.
 Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015 .

En 2013, la densité de médecins, c'est-à-dire le **nombre de médecins en activité** pour 1 000 habitants, est en moyenne de 3,0 au sein des pays de l'OCDE et de 3,1 dans les pays comparés dans cette fiche (pays européens, Canada, États-Unis et Japon). Cette densité est extrêmement variable entre les pays : elle va de 2,4 médecins pour 1 000 habitants au Japon à 6,3 en Grèce (*graphique E4.1*). Elle est sensiblement supérieure à la moyenne dans plusieurs pays européens : 4,2 en Suède et en Italie, 4,4 en Allemagne et 5,0 en Norvège. Avec une densité de 3,3 médecins pour 1 000 habitants, la France se situe au même niveau que la Finlande et les Pays-Bas et légèrement au-dessus de la moyenne des vingt pays comparés.

La densité de médecins a fortement augmenté depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme de croissance plus faible depuis 1990. Ce rythme est devenu en moyenne inférieur à 2 % par an entre 1990 et 2010 dans la quinzaine de pays européens pour lesquels les données sont disponibles. La croissance a été plus dynamique en Autriche et en Norvège sur cette période. Par contre, la densité n'a que très peu progressé dans les pays qui, comme la France, ont mis en place un *numerus clausus* dans les années 1980-1990 (cf. *fiche A-10*).

Par ailleurs, les progrès des technologies médicales conduisent à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. Ainsi, le rapport spécialistes / généralistes est passé en moyenne de 1,5 en 1990 à 2,5 en 2013, avec toutefois une grande hétérogénéité entre les pays (*graphique E4.3*). En France, on compte encore presque autant de généralistes que de spécialistes, comme au Portugal et au Canada. L'Irlande est le seul pays dans lequel les généralistes sont plus nombreux que les spécialistes. Mais dans la plupart des autres pays, les spécialistes sont nettement plus nombreux que les généralistes. Cette analyse est toutefois rendue fragile en raison de l'importance pour certains pays de la

catégorie « autres ». C'est le cas en particulier dans les pays nordiques ainsi qu'en Grèce.

Dans plusieurs pays (Canada, Danemark, France, Pays-Bas, Royaume-Uni), les patients sont tenus ou incités à respecter un parcours de soins, c'est-à-dire à consulter en premier lieu un généraliste qui les orientera si nécessaire vers un spécialiste. Dans d'autres, comme la Suède, certains professionnels de santé (infirmiers spécialisés par exemple) jouent un rôle important dans les soins primaires, évitant ainsi le recours à un médecin. Ces deux facteurs jouent à la baisse sur le nombre de consultations de médecin par patient.

En 2013, le nombre de consultations annuelles par habitant atteint en moyenne 8,0 au sein de l'OCDE et 8,8 dans les vingt et un pays comparés ici. Cette dernière moyenne recouvre des disparités très importantes (*graphique E4.2*) : moins de trois consultations par habitant et par an en Suède et en Finlande, onze et plus en République slovaque, en République tchèque, en Hongrie ou au Japon. Le nombre de consultations annuelles en France se situe en dessous de la moyenne, avec 6,4 consultations par habitant en 2013, et proche notamment de celui de l'Italie et des Pays-Bas.

Parmi les pays européens, les pays où les médecins sont principalement payés à l'acte (l'Allemagne par exemple) ont souvent des taux de consultation supérieurs à ceux que l'on observe dans les pays où les médecins sont majoritairement salariés (Finlande, Suède).

En 2013, le nombre moyen de consultations par médecin s'élève à environ 3 000 par an au sein de l'OCDE et 2 100 par an parmi les pays comparés. En France, il est inférieur à 2 000 consultations annuelles par médecin. Il recule depuis 1990 dans la plupart des pays, le nombre de médecins ayant augmenté plus vite que le nombre de consultations sur cette période.

DÉFINITIONS

Nombre de médecins en activité : nombre de médecins exerçant la médecine dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; la plupart des pays incluent les « internes » et les « résidents » (médecins en formation, le second terme est notamment employé aux États-Unis). L'Irlande, la France, la Grèce et les Pays-Bas incluent le nombre de médecins non pratiquants mais enseignants ou chercheurs et le Portugal indique le nombre de médecins autorisés à exercer, d'où une surestimation.

Généralistes : il s'agit d'omnipraticiens selon la définition française ou de médecins spécialistes de médecine générale selon la définition de l'OCDE : des médecins généralistes, des médecins de soins primaires, des médecins de famille, des internes et des résidents spécialisés en médecine générale ou pas encore spécialisés selon les pays (lorsqu'ils ne figurent pas dans la catégorie « autres »). En France sont exclus les internes, les résidents, les stomatologistes et les dentistes.

Sont exclus les **spécialistes**, à savoir les pédiatres, les gynécologues et les obstétriciens, les médecins spécialistes de médecine interne, les psychiatres, les praticiens cliniques et les « Feldschers ».

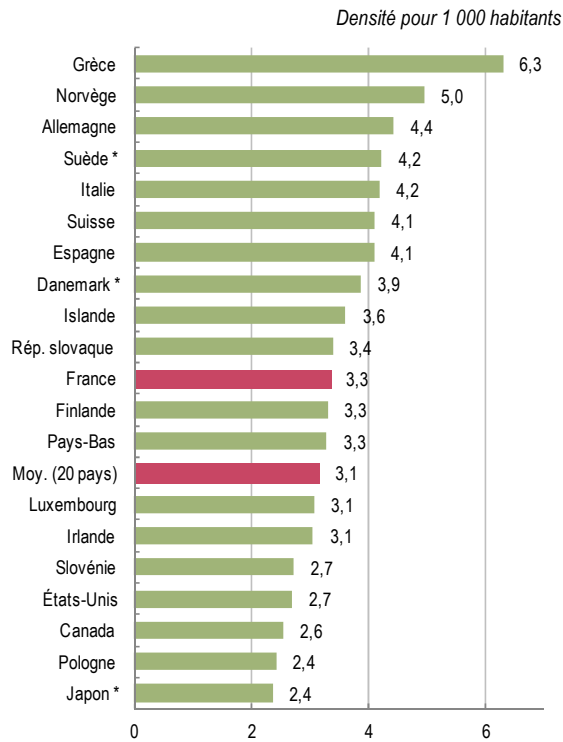
Consultations : elles peuvent avoir lieu dans les cabinets ou cliniques privées, dans les services de consultations externes des hôpitaux ou au domicile des patients. Leur nombre provient le plus souvent de sources administratives, mais aussi d'enquêtes effectuées auprès des ménages.

POUR EN SAVOIR PLUS

Health at glance – Europe 2014, OCDE, décembre 2014.

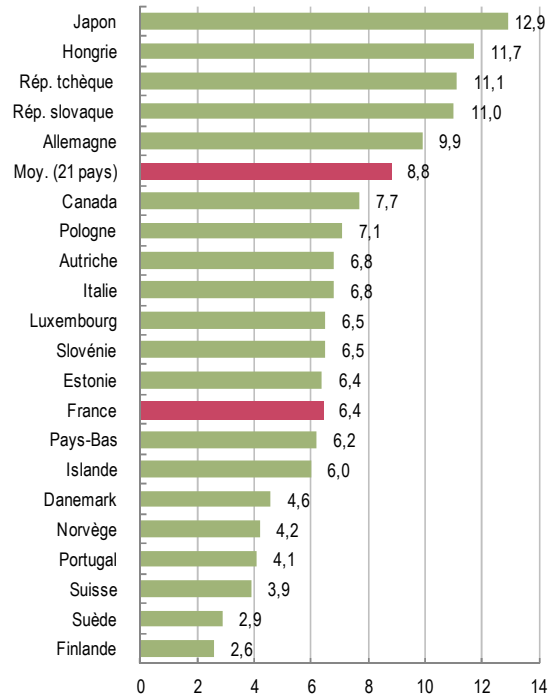
Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

E4.1 Médecins en activité en 2013



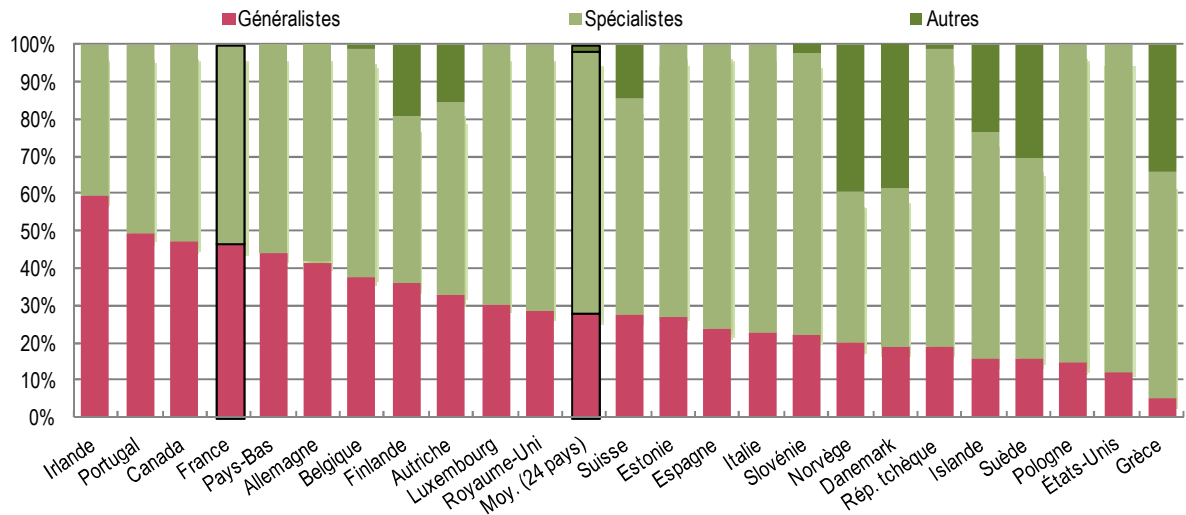
* Données 2012.
Données manquantes pour l'Autriche, la Belgique, la République tchèque, l'Estonie, la Hongrie, le Portugal et le Royaume-Uni
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E4.2 Nombre de consultations par habitant en 2013



Données manquantes pour la Belgique, la Grèce, l'Irlande, l'Espagne, le Royaume-Uni et les États-Unis.
Hors visites des médecins libéraux pour le Portugal.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E4.3 Proportions respectives de médecins généralistes et spécialistes en 2013



Spécialistes : Y compris pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres.
Autres : Internes/résidents si non inclus dans leur spécialité et autres médecins non classés selon leur spécialité.
Note : La moyenne est pondérée par les effectifs de médecins des 24 pays présentés.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

E5 Comparaisons internationales sur les dépenses pharmaceutiques

En 2013, les **dépenses pharmaceutiques** françaises s'élèvent à 469 € par habitant en PPA (dont 449 € de médicaments). Elles sont à présent nettement inférieures à la moyenne des 26 pays comparés (de 572 €, du fait notamment de l'importance des populations des États-Unis et du Japon, premiers consommateurs mondiaux, dans le total) [graphique E5.1]. En revanche, ces dépenses françaises par habitant en PPA dépassent le niveau moyen européen qui est de 265 €. Les dépenses pharmaceutiques françaises par habitant, en euros constants, ont progressivement reculé pour ramener la France du 4^e rang en 2008, derrière les États-Unis, le Canada et le Japon au 8^e rang, également derrière la Grèce, la Suisse, l'Allemagne et l'Irlande en 2013. En 2013, elles sont en recul de 2,1% par rapport à 2012.

Avec 1,7 % de son PIB consacré aux dépenses pharmaceutiques en 2013, la France se situe également au 8^e rang derrière, entre autres, la Grèce (2,8 %) le Japon (2,1 %), les États-Unis (2,0 %) ou le Canada (1,8 %). Elle se situe devant l'Italie et le Portugal (1,6 %) et au-dessus des niveaux moyens mondial et européen, qui coïncident aussi avec celui de l'Allemagne et l'Espagne (dépenses pharmaceutiques de 1,5 % du PIB).

Ces écarts proviennent du fait que les pays de l'OCDE présentent des différences importantes quant au volume ou à la structure de la consommation ou encore à la politique de prix des médicaments. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières pour que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. Ces incitations concernent les médecins prescripteurs (complément de rémunération en cas de respect d'un objectif de prescriptions) ou les pharmaciens (alignement des marges des **médicaments génériques** sur celles des médicaments princeps). Ainsi, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) introduite en France en 2012 (cf. *fiches A.7, A.8 et A.17*) comporte, d'une part, des objectifs de prescriptions de médicaments génériques pour les médecins généralistes français et, d'autre part, des objectifs de substitution des princeps par leurs génériques pour les pharmaciens (objectif d'un taux de substitution de 85 % à fin 2013).

Malgré cela, en comparaison internationale, la structure de la consommation pharmaceutique française continue de se distinguer par un poids élevé des produits à la fois récents et coûteux. Elle résulte d'une propension plus importante des prescripteurs français, par rapport à leurs homologues des pays voisins, à prescrire des produits plus coûteux malgré les incitations financières perçues. Ceci explique partiellement la part moins importante

occupée par les génériques sur le marché français en dépit du taux de substitution, à présent très élevé, des princeps par leurs génériques. Un autre facteur non négligeable de cette moindre pénétration des génériques sur le marché français est la définition plus restrictive du répertoire des médicaments génériques retenue en France par rapport à la plupart des pays voisins. En effet, il comporte dans certains pays voisins des molécules telles que le calcium, le magnésium, le paracétamol et, dans une moindre mesure, des biosimilaires avec des règles de substituabilité parfois plus souples.

En termes de volume par habitant, la France est toujours en 2013 l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments (*tableau E5.2*). Mesurée en unités standards (SU), indicateur dont la comparabilité est limitée, la consommation y est 27 % supérieure à la moyenne des huit pays européens comparés. Après un recul en 2011 et une quasi-stabilité en 2012, le volume de médicaments consommés par habitant a augmenté en 2013 en moyenne dans presque tous ces pays. Seuls l'Espagne et les Pays-Bas enregistrent toujours un recul. La maîtrise de la dépense, qui s'est concrétisée par des baisses de prix importantes dans l'ensemble de ces pays, conduit en moyenne à une très faible croissance du chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) par habitant (0,4 % en 2013) alors que le volume de médicaments consommés augmente en moyenne plus vite par habitant (+4,2 %). En France, la consommation par habitant est supérieure à celle de ses principaux voisins européens en volume comme en CAHT. Elle est toutefois inférieure de 14 % à celle de l'Allemagne en CAHT bien que supérieure de 21 % en volume. Cet écart s'est creusé au cours des trois dernières années à la suite de l'importance des baisses de prix menées en France.

En termes de structure de financement, en 2013, dans les 26 pays comparés ici, les fonds publics couvrent en moyenne 49 % des dépenses pharmaceutiques (*graphique E5.3*). Les assurances privées n'en prennent en charge que 6 %, laissant 29 % de la dépense à la charge des ménages, proportion très supérieure à celle des soins hospitaliers (4 %) ou ambulatoires (15 %). Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France, en 2013, les financements publics représentent 69 % de la dépense, les financements des complémentaires santé 14 % et le reste à charge des ménages 17 %.

DÉFINITIONS

Dépenses pharmaceutiques : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication, et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant la même vitesse et la même intensité de l'absorption dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Il peut être commercialisé dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans).

Unités standard (SU) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>. – Health at a Glance: Europe 2014, OCDE.

Les soins de longue durée (Long-Term Care) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (System of Health Accounts) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées, en longue maladie.

Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent de la santé (Long Term Health Care – HC.3) mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (Long Term Social Care – HCR.1). Ces derniers sont cependant exclus de la dépense courante de santé au sens de l'OCDE (*figure E6.1*).

Il est difficile de distinguer dans les Comptes de la santé ce qui relève de l'aide sociale connexe aux personnes âgées dépendantes ou handicapées. Il s'agit, en effet, de pouvoir distinguer, au sein des dépenses de santé et d'action sociale, les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) des aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les AVQ, classées en santé (Long Term Health Care – HC.3), correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Les AIVQ, classées en services sociaux connexes à la santé (Long Term Social Care – HCR.1) correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur). L'erreur qui résulte de cette difficulté d'identification peut modifier de 10 % le montant des dépenses de soins de longue durée selon l'OCDE.

En France, dans l'état actuel de l'information statistique, il est impossible d'alimenter de façon exhaustive tant le poste HC.3, qui relève de la santé, que le poste HCR.1, qui relève de l'aide sociale connexe pour les personnes résidant à leur domicile. Cette ventilation des dépenses entre HC.3 et HCR.1 est également complexe pour les personnes hébergées en institution.

Les soins de longue durée en établissements présentés ici sont constitués des soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non – EHPA, EHPAD ;
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des AVQ dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) en établissement.

Les dépenses de soins de longue durée à domicile comprennent les soins infirmiers (approximés par les actes infirmiers en ville aux personnes de plus de 80 ans), les soins de kinésithérapie (approximés par les actes de kinésithérapie en ville aux plus de 80 ans), les forfaits de soins en **SSIAD** (services de soins infirmiers à domicile – y compris ceux rattachés aux hôpitaux publics) et une estimation des AVQ de l'APA à domicile.

Outre les AIVQ de l'APA, les services sociaux de longue durée sont notamment constitués de l'aide sociale des départements aux personnes âgées et handicapées (frais d'hébergement en établissement), des prestations en établissements et de services d'aide par le travail, de l'action sociale complémentaire, principalement fournie par les caisses de Sécurité sociale (aide ménagère notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

Si l'on inclut les services sociaux connexes, les dépenses de soins de longue durée en France s'élèvent ainsi à 41,0 milliards d'euros en 2013, en hausse de 3,3 % par rapport à 2012 (*tableau E6.2*). L'évolution 2013 est portée par celle des dépenses de soins à domicile aux personnes âgées qui augmentent de 7,8 %, comme en 2012, et qui contribuent pour 33 % à l'évolution de la dépense totale de soins de longue durée.

Si on les exclut (avec les limites présentées), la part des dépenses totales de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé varierait de 4 % à 29 % en 2013 selon les pays (11,9 % pour la France) [*graphique E6.3*]. Elle serait souvent plus élevée dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Suède, Norvège, Pays-Bas) et particulièrement faible dans les pays d'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne).

POUR EN SAVOIR PLUS

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, consultable sur <http://stats.oecd.org/>.

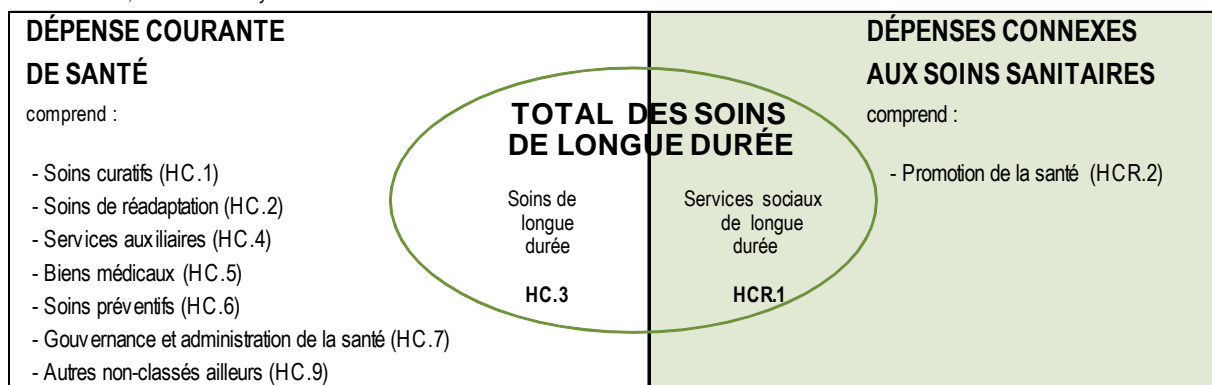
Panorama de la santé 2013, chapitre 8, « Vieillesse et soins de longue durée », OCDE, décembre 2013.

A system of Health Accounts – 2011 edition, OCDE, 2011.

E6.1 Nomenclature des dépenses de soins de longue durée

HC.3	Soins de longue durée (Long-Term Health Care)
HC.3.1	Soins de longue durée en milieu hospitalier
HC.3.2	Soins de longue durée en hospitalisation de jour
HC.3.3	Soins de longue durée en mode ambulatoire
HC.3.4	Soins de longue durée à domicile
HCR.1	Services sociaux de longue durée (Long Term Social Care)
HCR.1.1	Services sociaux de longue durée en nature
HCR.1.2	Services sociaux de longue durée en espèces

Sources: OCDE, SHA 2011 - A system of Health Accounts.



E6.2 Dépenses de soins de longue durée en France en 2013

En millions d'euros

	HP.1 - Hôpitaux	HP.2 - Établiss. résid. de soins de longue durée	HP.3 - Ambulatoire		Autres (HP.7, HP.8)*	Total
			HP.3.3 Aux il. médic. libéraux	HP.3.5 Services de soins à dom.		
HC.3.1 SLD en établissements	2 943	15 447				18 390
- USLD, EHPA, EHPAD	2 943	5 652				8 595
- APA en établissement pour AVQ		741				741
- Établissements pour pers. handicapées		9 054				9 054
HC.3.4 SLD à domicile	150		4 581	4 255		8 986
- Soins à domicile aux personnes âgées	150		4 581	1 388		6 119
- APA à domicile pour AVQ				972		972
- Pers. hand. et pers. âgées (ACTP + PCH)				1 895		1 895
HCR.1 Services sociaux de longue durée		8 158		3 286	2 205	13 649
- Aide sociale aux personnes âgées		2 162		1 006	247	3 415
- APA pour AVQ		1 482		2 268		3 750
- Aide sociale aux personnes handicapées		4 514		12	1 958	6 484
Total	3 093	23 605	4 581	7 541	2 205	41 025

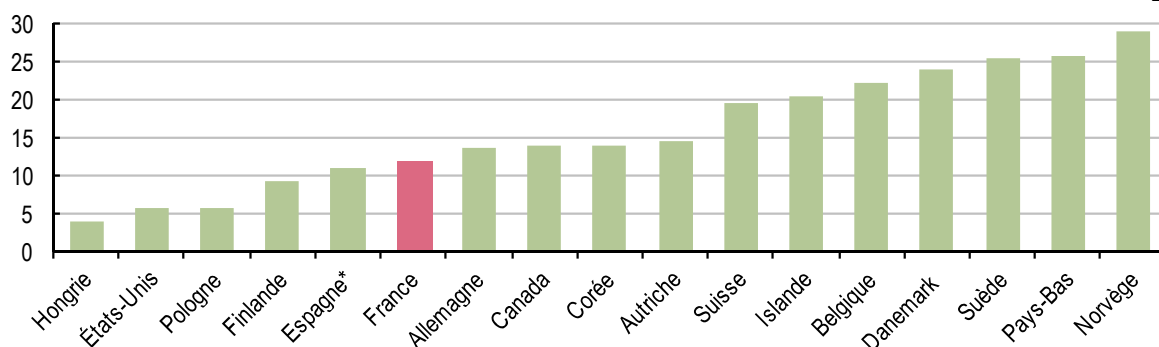
La nomenclature HP est la nomenclature des prestataires de SHA 2011.

* Administration de la santé, reste de l'économie.

Sources : DREES – Comptes de la santé base 2010, Comptes de la protection sociale pour SHA 2011.

E6.3 Part de la dépense de soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé en 2013

En %



* Données 2012.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

Les éventuelles difficultés d'accès aux soins au sein des pays de l'Union européenne (UE) peuvent être appréhendées à travers des indicateurs fournis par l'enquête **SILC / SRCV**. Ces indicateurs permettent en effet de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen médicaux ou de traitements dentaires pour plusieurs motifs (coût, délai d'attente, éloignement...).

Les comparaisons des besoins de soins non satisfaits entre pays doivent être effectuées avec prudence, car la formulation des questions peut varier d'un pays à l'autre. En outre, il s'agit de « déclarations » de personnes interrogées sur leurs éventuelles insatisfactions, qui peuvent être influencées par leur sexe, par des facteurs socioculturels ou des réactions à des débats nationaux sur les politiques de santé (cf. « Renoncement aux soins pour raisons financières », Dossiers Solidarité et Santé, n° 66).

En 2013, 93 % des personnes de l'UE 28 déclarent ne pas avoir eu de besoins non satisfaits de soins médicaux. Le taux de renoncement aux soins médicaux est donc de 7 % (graphique E7.1). Il est proche de la moyenne en France et en Allemagne (6 %) comme en Italie (8 %).

Les taux de renoncement aux soins médicaux sont élevés en Grèce et en Suède (respectivement 11 % et 14 %). Le cas de la Suède est particulier car 6 % des Suédois interrogés déclarent préférer attendre et voir si le problème de santé se résout de lui-même contre 1 % en France et en moyenne dans l'Union européenne (UE 28). Les taux de renoncement déclarés sont en revanche plus faibles au Royaume-Uni (3 %) et aux Pays-Bas (2 %).

Tous niveaux de revenus confondus, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût se situe en France au niveau de la moyenne européenne (environ 2 %). Il en va de même lorsque le motif du renoncement à un soin médical est une liste d'attente trop longue (1 % en France et dans l'UE 28). Il n'y aurait quasiment pas de besoin de soin non satisfait pour cause d'éloignement en France et, en moyenne, dans l'Union européenne (proche de 0 %).

S'agissant des soins dentaires, le taux de renoncement au sein de l'Union européenne (UE 28) est en moyenne

un peu plus important que pour les soins médicaux (8 % pour les soins dentaires contre 7 % pour les soins médicaux en 2013). Les écarts sont plus prononcés par pays sur ce poste, avec un taux de renoncement aux soins dentaires plus élevé en France (10 %) et en Italie (11 %) et plus faible aux Pays-Bas (3 %), en Allemagne (4 %) et au Royaume-Uni (5 %).

Le coût des soins est identifié comme un motif important du renoncement aux soins dentaires. En France et en moyenne au sein de l'UE 28, 5 % des personnes interrogées déclarent renoncer aux soins en raison de leur coût. En Grèce, en Italie et surtout au Portugal, ces proportions sont nettement plus élevées avec respectivement 8 %, 10 % et 14 %.

Le graphique E7.2 présente le taux de renoncement aux soins pour trois motifs (coût, temps d'attente et éloignement) pour les 20 % de la population les plus riches et les 20 % les plus pauvres. En moyenne dans l'Union européenne à 28, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût atteint 5 % pour les personnes à plus bas revenus (premier quintile) tandis qu'il n'est que de 1 % pour celles qui disposent des revenus les plus élevés (cinquième quintile).

Au sein du premier quintile de revenus, les écarts de renoncement en raison du coût des soins sont marqués par pays : inférieur à 1 % au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, ce taux atteint 5 % en France et dépasse 13 % en Grèce et en Italie.

Si l'on considère le statut d'activité (graphique E7.3), ce sont les chômeurs qui ont le plus de besoins non satisfaits, et ce en France (13 %) comme dans l'ensemble de l'UE (11 %). En revanche, les retraités français sont nettement moins nombreux (4 %) à déclarer renoncer à des soins médicaux que la moyenne des retraités européens (7 %). Les retraités aux Pays-Bas ont un taux de renoncement notablement faible, de moins de 2 %.

DÉFINITIONS

SILC : (Statistics on Income and Living Conditions) ou **SRCV** (Statistiques sur les revenus et conditions de vie) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

POUR EN SAVOIR PLUS

« Base de données « SILC 2004-2013 » d'Eurostat, consultable sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

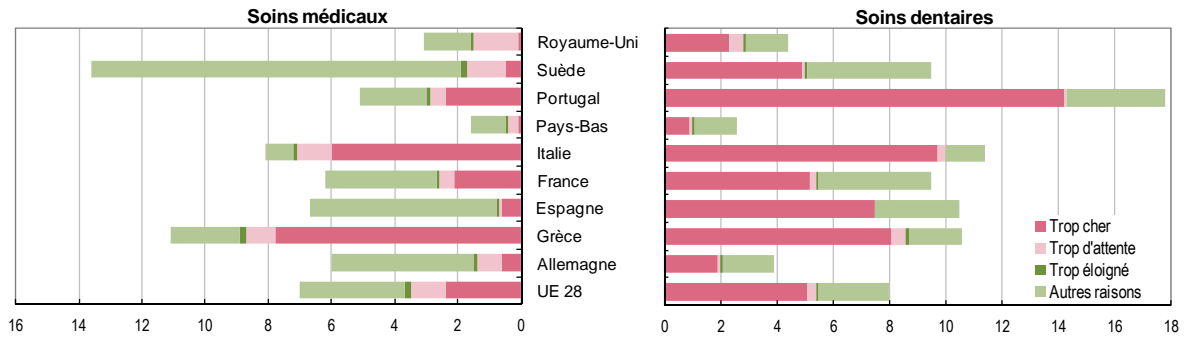
« Panorama de la santé : Europe 2014 », OCDE, décembre 2014.

« Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre 2011.

« Renoncement aux soins pour raisons financières », DREES, Dossiers Solidarité et Santé n° 66, Juillet 2015.

E7.1 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2013

En %

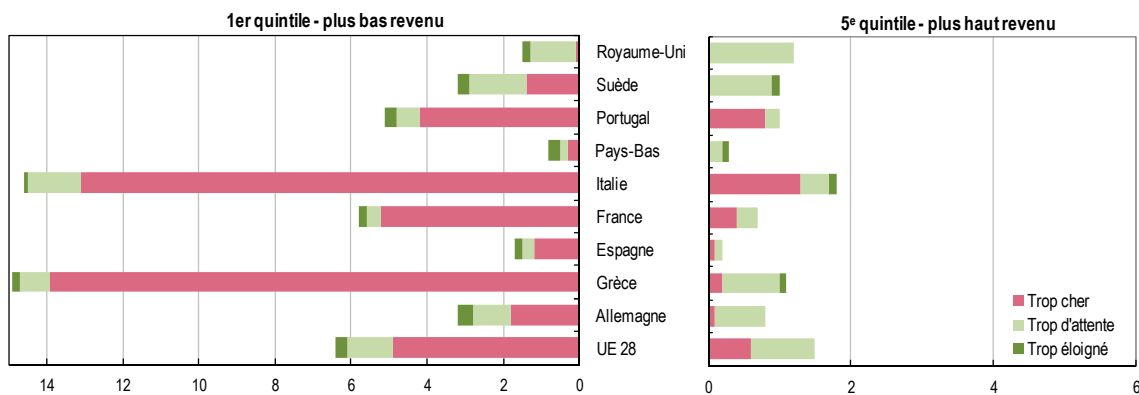


Note : La catégorie « autres raisons » est utilisée lorsque la personne interrogée déclare renoncer aux soins par manque de temps, parce qu'elle ne connaît pas un bon docteur, par « peur du médecin », parce qu'elle préfère attendre et voir si le problème se résout de lui-même, ou pour d'autres motifs.

Source : Eurostat, SILC 2013 – données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

E7.2 Besoins non satisfaits de soins médicaux, par motif et en fonction du revenu en 2013

En %



Note : Ne sont repris ici que les trois motifs liés à l'accessibilité (coût, éloignement, attente), et non les autres motifs (manque de temps, peur du médecin, attentisme, non-connaissance d'un « bon » médecin et autres raisons). Pour le cinquième quintile, les Pays-Bas et la Suède ne renseignent pas le motif « Trop cher » tandis que la France, l'Allemagne et le Portugal ne renseignent pas le motif « Trop éloigné ».

Source : Eurostat, SILC 2013 – données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

E7.3 Besoins non satisfaits de soins médicaux, par statut d'activité en 2013

En %

Motif de renoncement		Statut d'activité				Ensemble de la population
		Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	
Trop cher	UE 28	1,5	5,2	2,9	3,0	2,4
	France	1,9	6,6	1,4	2,5	2,1
Trop d'attente	UE 28	1,0	0,9	1,3	1,1	1,1
	France	0,6	0,4	0,3	0,2	0,5
Autres motifs	UE 28	3,7	4,6	3,1	2,8	2,9
	France	4,3	6,2	2,1	2,9	2,9
Pas de besoin non satisfait	UE 28	93,8	89,3	92,7	93,1	93,6
	France	93,2	86,8	96,2	94,4	94,5

Source : Eurostat, SILC 2013 – données déclarées par l'enquête sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.