

L'UE 15 dépense 10,5 % de son PIB pour la santé

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 16,6 % du PIB en 2014, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE, en lien notamment avec des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques. Plus de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et le Japon dépensent 11,4 % de leur PIB pour la santé. En France, la DCSi s'établit à 11,1 % du PIB, un niveau très proche de la Suède, de l'Allemagne et des Pays-Bas, et supérieur à la moyenne de l'UE 15 (10,5 %). Dans les pays du sud de l'Europe, les dépenses de santé sont en revanche plus faibles que la moyenne de l'UE 15. La plupart des pays d'Europe centrale comme la Hongrie ou la Pologne dépensent nettement moins : en moyenne, les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 et pour lesquels les données sont disponibles (NM 2004) consacrent 7,2 % de leur PIB à la santé (graphique 1).

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). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne de l'UE 15, à un niveau proche de la Belgique, du Canada ou du Japon. 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, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Depuis la crise, les dépenses de santé augmentent de manière moins soutenue

Entre 2007 et 2009, les dépenses de santé rapportées au PIB ont crû en moyenne de 5,6 % dans l'UE 15, du fait de la contraction du PIB dans de nombreux pays, alors que les dépenses de santé continuaient à progresser en termes réels au même rythme qu'avant la crise.

La croissance des dépenses de santé, en part de PIB comme à prix constant, marque le pas en 2010, dans un contexte de réduction ou de ralentissement de la progression des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (fiche 51). Certains pays d'Europe en particulier ont connu une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2014 (les pays du sud de l'Europe, le Danemark et les Pays baltes).

Ainsi, entre 2011 et 2014, les dépenses de santé progressent de moins de 1 % par an dans l'UE 15 en termes réels, à un rythme trois fois plus faible qu'avant la crise, de 2003 à 2007 (graphique 2). Ce rythme est néanmoins très légèrement supérieur à la croissance du PIB (+0,2 % par an en termes réels entre 2011 et 2014). Parmi les NM 2004, la progression des dépenses de santé est légèrement plus soutenue en termes réels que dans l'UE 15, mais l'écart est moindre qu'avant la crise et la part des dépenses dans le PIB y diminue du fait d'une croissance économique généralement plus dynamique.

Aux États-Unis, le ralentissement de la croissance réelle de la DCSi est beaucoup moins marqué. La DCSi y croît ainsi de 2,4 % par an entre 2011 et 2014. La part de la DCSi dans le PIB est stable depuis 2009. En revanche, cette part diminue au Canada, la croissance réelle des dépenses étant divisée par trois par rapport à la période précédant la crise.

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), 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 CSBM et de la DCS au sens français, voir l'annexe 1.

Dans cet ouvrage sont considérés les pays suivants : les pays de l'Union européenne pour lesquels les données sont disponibles, la Suisse, la Norvège, le Canada, les États-Unis et le Japon. La moyenne de l'UE 15 regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004, et la moyenne NM 2004 les autres pays de l'UE pour lesquels les données sont disponibles.

Pour en savoir plus

Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.

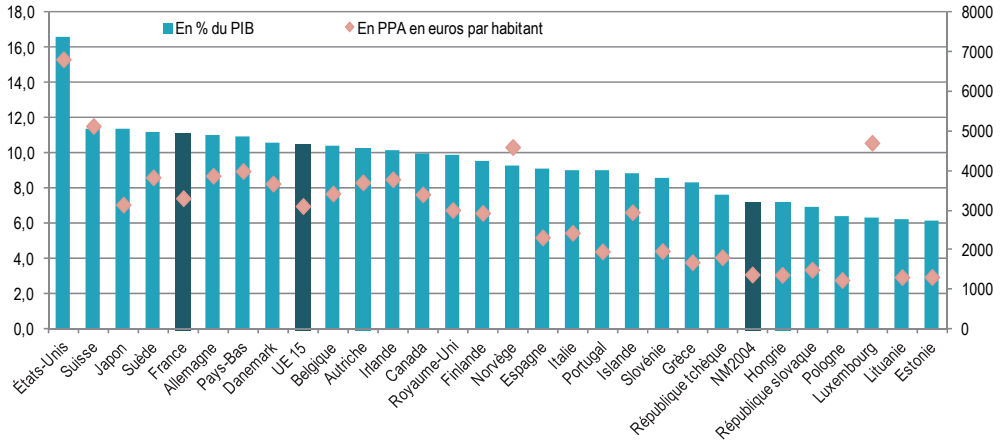
SHA : System of Health Accounts, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.

OCDE (2015), «Panorama de la santé 2015», édition OCDE.

Annexes sur la méthodologie des comptes de la santé.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international en 2014

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



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

Graphique 2 Évolution annuelle moyenne réelle de la dépense courante de santé au sens international

Évolution annuelle moyenne de la DCSI en PPA en euros constants 2010, en %



Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : France 2005-2006, Italie 2013-2014, Royaume-Uni 2012-2013, Suède 2010-2011, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE 15 et NM 2004 sont corrigées des ruptures de série.

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