

### Le risque maladie-soins de santé, deuxième poste de dépenses de prestations sociales au sein de l'UE

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 en 2013 (graphique 1). La moyenne est un peu supérieure dans les pays de l'UE 15 (8,2 %) tirée vers le haut par les Pays-Bas, l'Allemagne et la France qui consacrent la part la plus importante de leur PIB à ce risque (respectivement 10,2 %, 9,5 % et 9,0 %), suivis du Royaume-Uni et de la Belgique. À l'exception de la Croatie et de la Slovénie, les pays ayant rejoint l'Union européenne depuis peu sont ceux qui consacrent la plus faible part de leur PIB aux dépenses de maladie et de soins de santé (entre 3,2 % et 6,0 %).

La hiérarchie est légèrement modifiée lorsque l'on s'intéresse aux dépenses par habitant mesurées en standard de pouvoir d'achat (SPA, cf. glossaire, annexe 4). Avec une dépense par habitant de 2 700 SPA (2 900 euros) en 2013, la France se situe au-dessus de la moyenne européenne de l'UE 28 (2 100 SPA). La position particulière du Luxembourg (3 600 SPA) tient à un niveau de richesse par habitant lui permettant d'allouer des budgets importants à son système de protection sociale.

### Un recul historique de ce poste de dépenses dans les pays les plus touchés par la crise

De 1996 à 2007, les prestations maladie-soins de santé ont augmenté en moyenne annuelle de 3,2 % en euros constants au sein de l'UE 15 (graphique 2). En France, l'évolution annuelle moyenne de cette dépense (3,0 %) est alors très proche de ce rythme, tandis qu'elle a été la plus forte au Royaume-Uni (6,4 %). À l'inverse, en Allemagne, elle est restée très faible durant cette période (0,3 % par an), ce qui contraste avec celle des autres pays observés.

Entre 2007 et 2009, la croissance moyenne annuelle de ces prestations s'est accélérée au sein de l'UE 15 pour s'élever à 4,9 % en euros constants, portée par l'Allemagne. À partir de juillet 2008, l'Allemagne a en effet élargi le champ des dépenses de santé prises en charge (réforme *Merckel*). La hausse des prestations consécutive à cette réforme a fragilisé l'équilibre financier de ses caisses d'assurance maladie. L'État a donc accru ses subventions au système et déplafonné le taux de cotisation supplémentaire, ce qui a permis aux caisses d'assurance maladie de redevenir excédentaires dès 2011.

En moyenne, au sein de l'UE 15, ces prestations se stabilisent (0,2 % par an) entre 2009 et 2013. Toutefois, la croissance des prestations maladie-soins de santé diverge très fortement au sein de l'Union européenne dans la période post-crise. L'évolution des prestations maladie-soins de santé est restée positive en Suède, en Allemagne, au Royaume-Uni et en France ; elle est comprise entre 1,0 % et 2,0 % par an. En revanche, elle est en net recul dans les pays les plus touchés par la crise, comme l'Espagne (-5,5 %) et l'Italie (-2,4 %). La maîtrise de la dépense de santé est passée par la réduction du budget du Service national de santé en Italie et par des coupes budgétaires et des réformes structurelles en Espagne<sup>1</sup>.

### Des restes à charge des ménages très contrastés

Le reste à charge calculé dans le cadre international du *System of Health Accounts (SHA)* correspond à l'ensemble des dépenses de santé supportées par les ménages (cf. annexe 1) : participation aux coûts des biens et services pris en charge par un tiers (assurance maladie, organismes d'assurance...) et intégralité du coût des biens et services non remboursables (automédication notamment). Les Pays-Bas, la France et le Royaume-Uni présentent des restes à charge relativement faibles : respectivement 5,3 %, 6,7 % et 9,9 % des dépenses de santé en 2013 (graphique 3). Toutefois, les restes à charge néerlandais sont à interpréter avec précaution : ils ne prennent pas en compte la franchise annuelle payée par les patients, dont le montant varie entre 0 et 350 € en 2013.

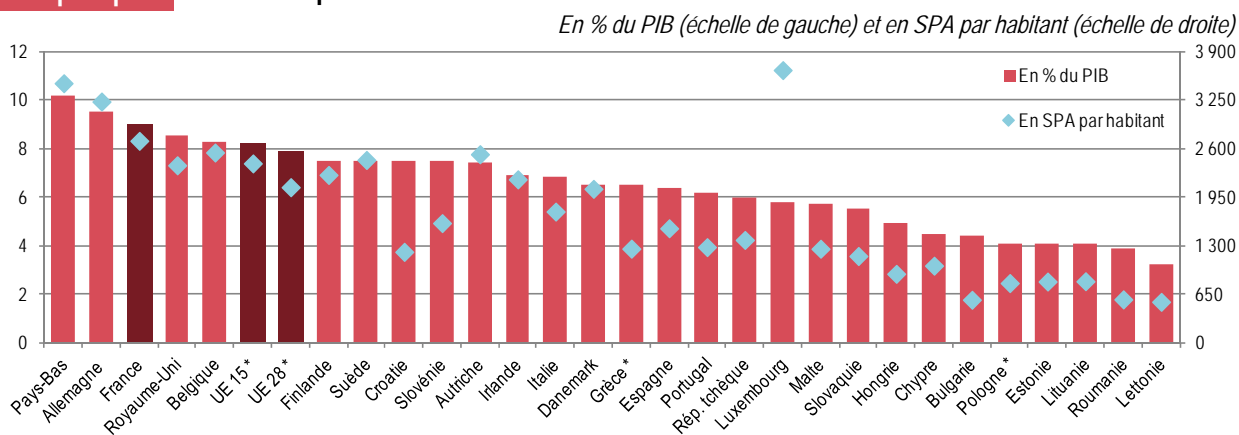
De manière générale, les restes à charge sont plus élevés dans les pays d'Europe de l'est et du sud. Ils sont supérieurs à la moyenne UE 15 au Portugal (27,2 %), en Espagne (23,8 %) et en Grèce (30,7 %), et encore plus élevés en Lettonie et en Lituanie. Les mesures de régulation budgétaire, de hausse des co-paiements (tickets modérateurs et franchises) voire de réduction du taux de couverture de la population ont contribué à faire significativement progresser le reste à charge des ménages de plusieurs pays parmi les plus touchés par la crise, comme l'Espagne (+4,3 points entre 2009 et 2013), le Portugal (+2,6 points) et, dans une moindre mesure, l'Italie (+1,0 points). À l'inverse, certains pays tels que la Slovaquie (-3,6 points), la Suède (-2,1 points) et la France (-1,1 points) ont connu des évolutions des restes à charge négatives ou nulles depuis 2009.

<sup>1</sup> Décret-loi royal 16/2012 du 20 avril 2012 concernant les mesures urgentes pour garantir la soutenabilité du système national de santé et améliorer la qualité et la sécurité des prestations.

#### Pour en savoir plus

Padieu Y., Roussel R., 2015, « L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins » dans *France, portrait social*, Insee références.

Fiches pays « G1 - Allemagne » et « G4 - Italie » de l'édition précédente de cet ouvrage.

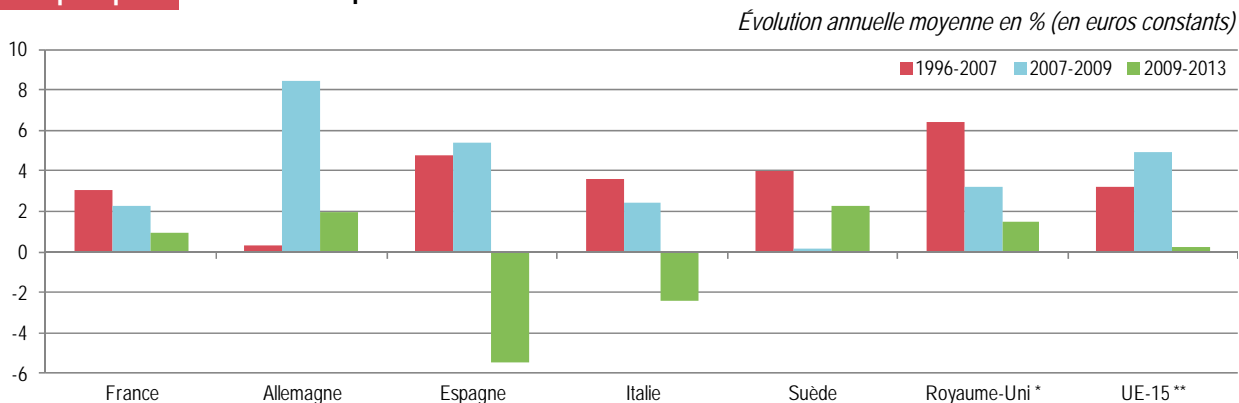
**Graphique 1 Niveau des prestations de maladie-soins de santé en 2013**

\* Données 2012 pour la Grèce et la Pologne. Moyenne UE calculée sur la dernière année disponible.

\*\* Données révisées par rapport à l'édition 2015 du présent rapport. En particulier, l'Irlande passe de la première position à un niveau de prestations maladie-soins de santé en % du PIB inférieur à la moyenne européenne.

**Champ** > UE 28. Voir glossaire pour la définition du SPA.

**Sources** > DREES-CPS pour la France ; Eurostat-SESPROS pour les autres pays.

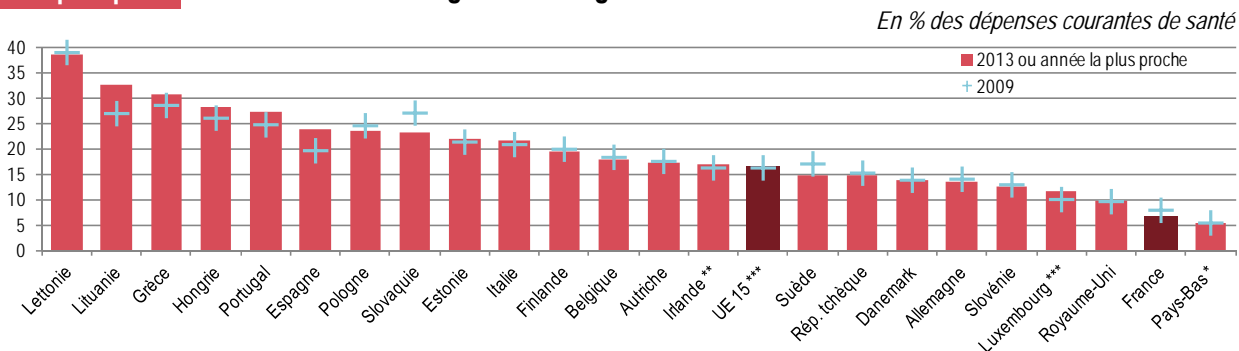
**Graphique 2 Évolution des prestations de maladie-soins de santé**

\* Évolution 1996-2006 pour le Royaume-Uni (rupture de série en 2007).

\*\* Pour s'abstraire des ruptures de séries, l'évolution 1996-2007 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant, pour le Royaume-Uni et le Danemark, que la période 1996-2006 (rupture de série en 2007). L'évolution 2009-2013 de l'UE 15 est recalculée en ne prenant que l'évolution 2009-2012 pour les Pays-Bas (rupture de série en 2013) et pour l'Irlande et la Grèce (données manquantes en 2013).

**Note** > L'évolution pour l'Allemagne entre 2007 et 2009 est sujette à une augmentation brutale, car la réforme de santé de 2007 a modifié les conditions d'accès aux assurances privées en santé et en soins de longue durée. Ces conditions plus solidaires les font entrer dans le champ de la protection sociale à la date d'application de la réforme. Il en résulte une rupture structurelle sur la série chronologique entre 2007 et 2009. Cette augmentation du volume des prestations se répercute sur le calcul de la moyenne UE 15, qu'il convient donc d'interpréter avec prudence.

**Source** > Eurostat-SESPROS.

**Graphique 3 Niveau du reste à charge des ménages en 2009 et en 2013**

\* Le reste à charge pour les Pays-Bas est sous-estimé, car il ne prend pas en compte la franchise payée par les patients.

\*\* Pour l'Irlande, les données réfèrent aux dépenses totales de santé (= dépenses courantes de santé plus formation de capital).

\*\*\* Données 2012 pour le Luxembourg. Moyenne UE 15 calculée, en moyenne simple, sur la dernière année disponible.

**Note** > Le reste à charge est le pourcentage de la dépense courante de santé supporté par les ménages. 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 est la somme des dépenses engagées par tous les acteurs pour la santé.

**Champ** > UE 28 exceptés 5 pays (Chypre, Bulgarie, Malte, Roumanie et Croatie) dont les données ne sont pas disponibles pour 2013.

**Sources** > Eurostat ; OCDE ; OMS-SHA.