

### 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 2016 (*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 et la France dépendent 12 % de leur PIB pour la santé, devant l'Allemagne et la Suède (11 %), à un niveau d'au-dessus d'un point 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 Slovénie (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 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 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, Luxembourg, Norvège 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 modération de la hausse des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (voir fiche 39). Les pays du sud de l'Europe et l'Irlande connaissent même une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013, particulièrement marquée pour la Grèce (-9 % en moyenne annuelle) et le Portugal (-3 %).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, leur rythme étant toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2016, contre 1 % 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 2 points plus rapide entre 2013 et 2016 qu'entre 2009 et 2013, mais reste nettement inférieure à celle des années 2003 à 2007. En revanche, aux États-Unis, la croissance moyenne des dépenses de santé de 2013 à 2016 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), 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).

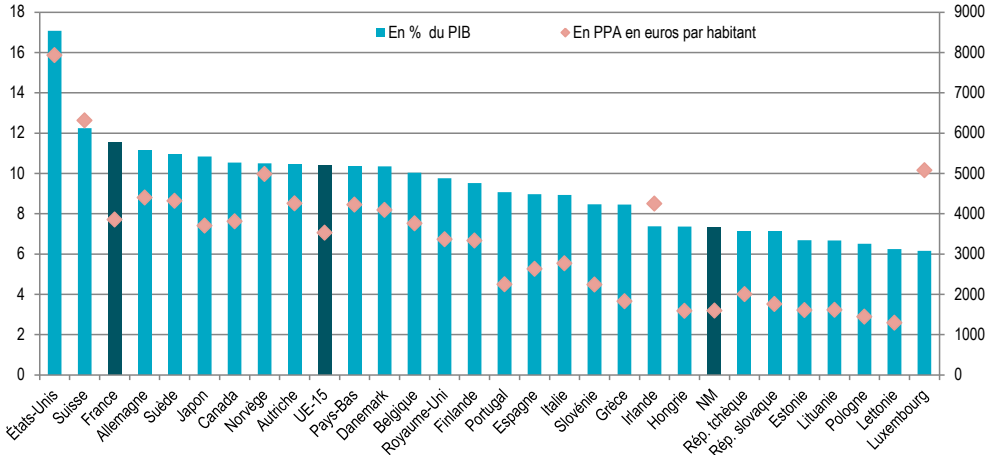
**Les pays de l'OCDE comparés** dans ce chapitre, comprennent les 15 pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004 (UE-15), les autres pays de l'Union européenne pour lesquels les données de l'OCDE sont disponibles, désignés par NM (Estonie, Lettonie, Lituanie, République tchèque, République slovaque, Slovénie, 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 2016**, 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 en 2016

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



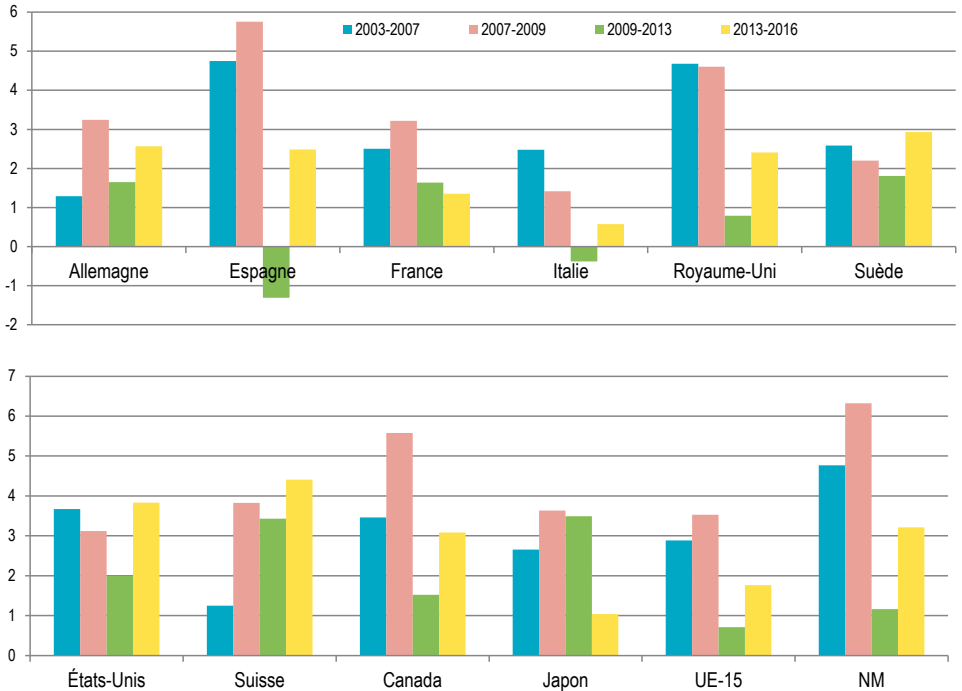
**Note** > À partir de l'édition 2018, les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSi française (voir annexe 5).

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

**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, 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.

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