

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) permet de comparer les dépenses de santé entre pays. Elle couvre un champ plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui regroupe les seules dépenses relatives aux traitements directs d'une perturbation de l'état de santé, car elle comprend également les dépenses de prévention, les soins de longue durée et les dépenses de gouvernance. En 2020 et 2021, sous l'effet de la pandémie de Covid-19, la DCSi augmente fortement dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. Aux États-Unis, cette hausse atteint +10,3 % en 2020 puis +4,0 % en 2021. En France, l'augmentation est plus faible en 2020 (+3,7 %), mais elle s'accélère en 2021 (+9,8 %).

En tête des pays de l'OCDE, les États-Unis consacrent 17,8 % de leur PIB à la DCSi en 2021, contre 12,3 % en France. En corrigeant des différences de pouvoir d'achat pour la santé, les DCSi française et américaine s'élèvent à 4 600 et 6 700 euros par habitant en 2021, chaque euro correspondant à un « euro français ». Le volume de soins de santé est ainsi 1,5 fois plus élevé aux États-Unis qu'en France.

Les soins courants, portés majoritairement par l'hôpital, représentent au minimum la moitié de la dépense de santé dans tous les pays européens. Les biens médicaux contribuent à une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches. Les pays du nord de l'Europe consacrent jusqu'à 30 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée, tandis que la France y consacre 17 %.

Le *System of Health Accounts* (SHA), qui prévoit un cadre harmonisé de présentation des statistiques sur les dépenses de santé, favorise les comparaisons internationales de dépense de santé. Son agrégat central est la dépense courante de santé au sens international (DCSi), déclinée par fonctions de dépense, prestataires et financeurs. Le SHA est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [annexe 1].

La DCSi a davantage augmenté en 2020 et 2021 qu'au cours des dix dernières années

En 2020 et 2021, sous l'effet de la crise sanitaire, la DCSi en valeur augmente dans la quasi-totalité des pays ayant communiqué des données à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹ [graphique 1]. La DCSi exprimée en part de PIB augmente même dans tous les pays de l'échantillon considéré en 2020, avant de diminuer dans une majorité de pays en 2021, à la faveur du rebond de l'activité

économique après sa chute de l'année précédente (graphique 2).

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, l'augmentation de la DCSi en 2020 (année pour laquelle les chiffres de l'OCDE sont semi-définitifs) est bien supérieure aux tendances observées avant la crise sanitaire, en prix courants et plus encore en part de PIB (graphiques 1 et 2). Dans tous les pays considérés, sauf la Grèce, la DCSi en prix courants avait pourtant augmenté de façon structurelle entre 2010 et 2019. Elle avait même crû dans une majorité de pays plus rapidement que le PIB.

En 2020, la DCSi évolue néanmoins de façon très différenciée suivant les pays. En valeur, la variation s'échelonne entre -3,3 % pour la Belgique et +19,5 % pour la Tchéquie. Le Royaume-Uni enregistre la troisième hausse de la DCSi la plus élevée parmi les pays de l'OCDE (+15,7 %), loin devant les États-Unis (+10,3 %), l'Allemagne (+6,3 %), la France (+3,7 %) et l'Italie (+2,6 %). La hausse généralisée de la DCSi tient pour l'essentiel aux dépenses exceptionnelles liées à l'épidémie de Covid-19 : achats de masques, tests de dépistage, primes aux soignants, etc.

¹ Début juillet 2022, 42 pays ont communiqué leur DCSi 2020 semi-définitive à l'OCDE. 17 d'entre eux ont communiqué des résultats provisoires pour la

DCSi 2021. Les résultats provisoires pour la France sont présentés pour la première fois dans cet ouvrage (fiche 23 et fiches internationales).

Au Royaume-Uni, la hausse spectaculaire des dépenses de santé provient en particulier des coûts très élevés consacrés à l'acquisition des masques et des équipements de protection individuelle (qui ont été achetés en trop grande quantité et au-dessus des prix du marché), ainsi qu'à la mise en place du système de dépistage et de suivi des malades britanniques, le « Test and Trace System » (Chardon-Boucaud, 2022). La Belgique est l'unique pays d'Europe où la dépense de santé a diminué en 2020 (-3,3 %). Cela tient essentiellement au fait que le pays n'a pas comptabilisé dans le calcul de la DCSi les indemnités versées aux professionnels de santé dont l'activité était limitée ou empêchée par la crise sanitaire. Sans prise en compte de ces compensations, la dépense de santé est de facto réduite par la diminution des soins provoquée par les déprogrammations d'opérations non urgentes à l'hôpital, ainsi que par la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement. La Belgique a également interdit les nouvelles admissions en maison de retraite pendant la crise, diminuant ainsi le volume de soins de longue durée.

L'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

Avec une DCSi représentant 17,8 % de leur produit intérieur brut (PIB) en 2021, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE (*graphique 3*). Cinq points derrière, l'Allemagne, premier pays de l'UE-27, dépense 12,8 % de son PIB pour la santé, juste devant la France (12,3 %) et le Royaume-Uni (11,9 %). En moyenne, en 2020 (année où les données sont disponibles pour tous les pays de l'OCDE), les États membres de l'UE-27 consacrent 10,5 % de leur PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée : les pays de l'UE-15 (*glossaire*) y allouent en moyenne 11,4 % de leur PIB, contre 7,1 % pour les 13 nouveaux membres de l'UE depuis 2004 (NM-13) [*glossaire*].

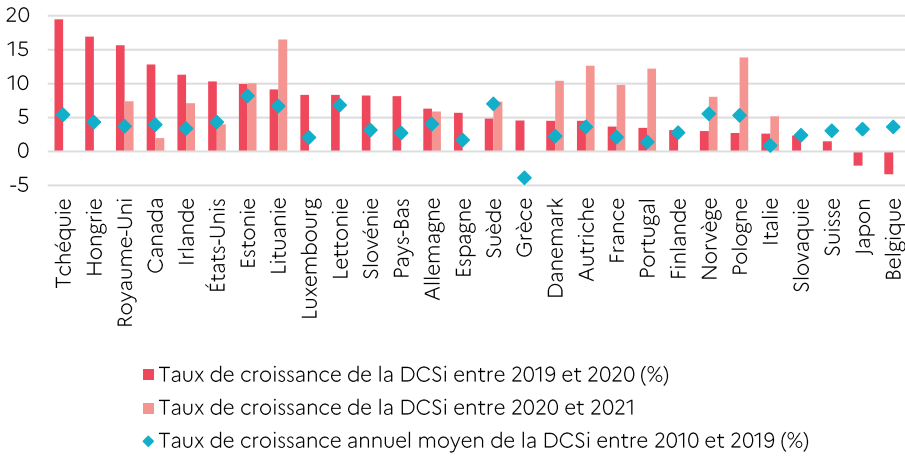
La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée si on s'intéresse au volume de soins procurés. Pour ce faire, il faut neutraliser les différences de pouvoir d'achat dans le secteur de la santé entre les pays¹. En effet, pour un même bien ou service de santé, les prix ne sont pas les mêmes selon les pays. La parité de pouvoir d'achat en santé (PPA santé, voir *glossaire*), est fondée sur une comparaison des prix pratiqués dans chaque pays pour un panier de produits et services de santé standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant. Elle permet d'ajuster les dépenses de santé par les prix, pour apprécier les différences de volume de produits et services consommés.

Parmi les pays de l'OCDE, c'est toujours aux États-Unis que la DCSi en volume est la plus élevée : en 2021, elle atteint 6 700 euros en PPA santé par habitant (*graphique 4*). En France, que l'on utilise ici comme pays de référence (ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro en France), la dépense de santé s'élève à 4 600 euros en PPA par habitant en 2021. Les prix dans le secteur de la santé sont 64 % plus élevés aux États-Unis qu'ils ne le sont en France (*encadré*). Néanmoins, le fait que les États-Unis conservent la tête des pays de l'OCDE en parité de pouvoir d'achat révèle que le niveau très élevé de la dépense de santé aux États-Unis provient avant tout d'un effet volume. L'Allemagne, où les prix des biens et services de santé sont comparables avec ceux de la France, est, elle, le premier pays de l'UE-27 en termes de DCSi par habitant en PPA, avec une DCSi de 5 400 euros PPA par habitant en 2021. La Suisse, où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, rétrograde au 10^e rang pour ce qui est de la DCSi en euros et en PPA santé en 2020 (dernière année où sa dépense de santé a été communiquée à l'OCDE). À l'inverse, la Tchèque, pays de l'échantillon où les prix de santé sont les plus faibles, remonte au 3^e rang en 2020, juste derrière l'Allemagne.

¹ En effet, la dépense de santé peut être décomposée ainsi : $DCSi = \text{volume de soins} \times \text{prix santé}$.

Graphique 1 Évolution de la DCSi en valeur en 2020 et 2021, et entre 2010 et 2019

En %



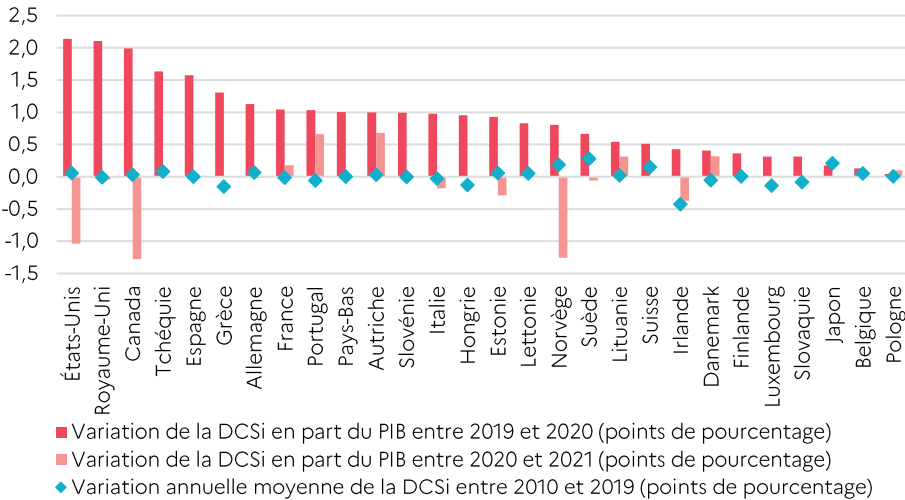
Lecture > Aux États-Unis, la DCSi en valeur augmente de 10,3 % en 2020 et de 4,0 % en 2021. Elle avait augmenté en moyenne de 4,3 % par an entre 2010 et 2019.

Note > Début juillet 2022, 42 pays ont communiqué leur DCSi 2020 définitive à l'OCDE. 17 d'entre eux ont communiqué des résultats provisoires pour la DCSi 2021. Les résultats provisoires pour la France sont présentés pour la première fois dans cet ouvrage.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Variation de la DCSi en part du PIB en 2020 et 2021, et entre 2010 et 2019

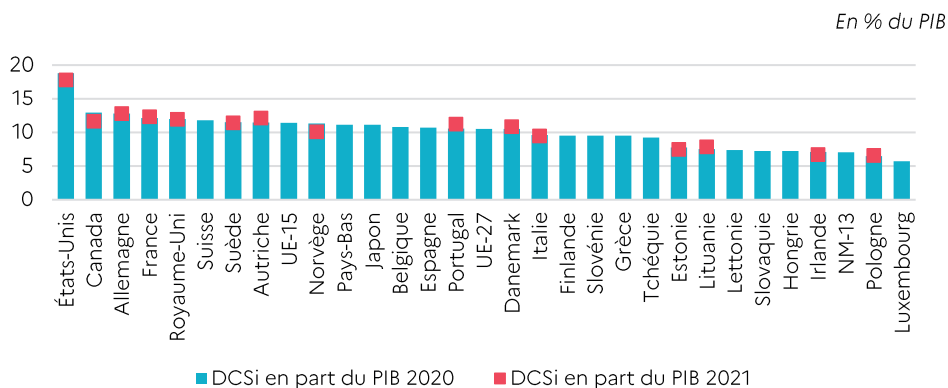
En points de %



Lecture > Aux États-Unis, la DCSi a augmenté de 2,1 points de PIB en 2020 et diminué de 1,0 point de PIB en 2021.

Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 DCSi en % du PIB en 2020 et 2021



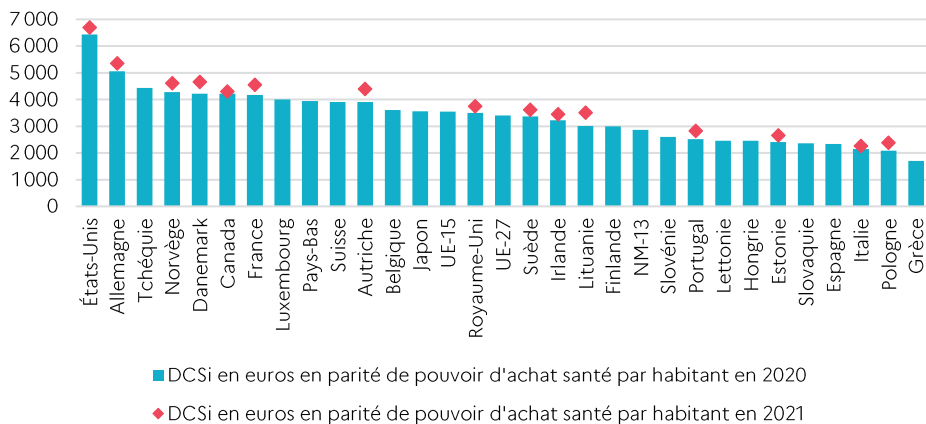
Lecture > Aux États-Unis, la DCSi représente 18,8 % du PIB en 2020, et 17,8 % du PIB en 2021.

Note > Les pays de l'UE-27 correspondent aux 27 pays membres de l'Union européenne (UE) en juillet 2022 (le Royaume-Uni n'en fait donc pas partie). Les pays de l'UE-15 correspondent aux pays qui appartenaient à l'UE entre 1995 et 2004 (le Royaume-Uni en fait partie). Les NM-13 correspondent aux 13 nouveaux membres de l'UE à partir de 2004. Les données pour Malte, seul pays de l'UE-27 à n'avoir pas communiqué sa DCSi 2020 à l'OCDE, portent sur l'année 2018. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 4 DCSi par habitant en volume en 2020 et 2021

En euros en parité de pouvoir d'achat santé (PPA santé) par habitant, France = 1



Lecture > Aux États-Unis, les dépenses de santé représentent 6 400 euros en parité de pouvoir d'achat santé (PPA santé) par habitant en 2020, et 6 700 euros en PPA santé par habitant en 2021. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des PPA de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

Note > Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour l'année 2017 (OCDE, 2021). Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2020. Sur ce graphique, les PPA utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1). Les données pour Malte, seul pays de l'UE-27 à n'avoir pas communiqué sa DCSi 2020 à l'OCDE, portent sur l'année 2018, comme pour le graphique 3.

Source > DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

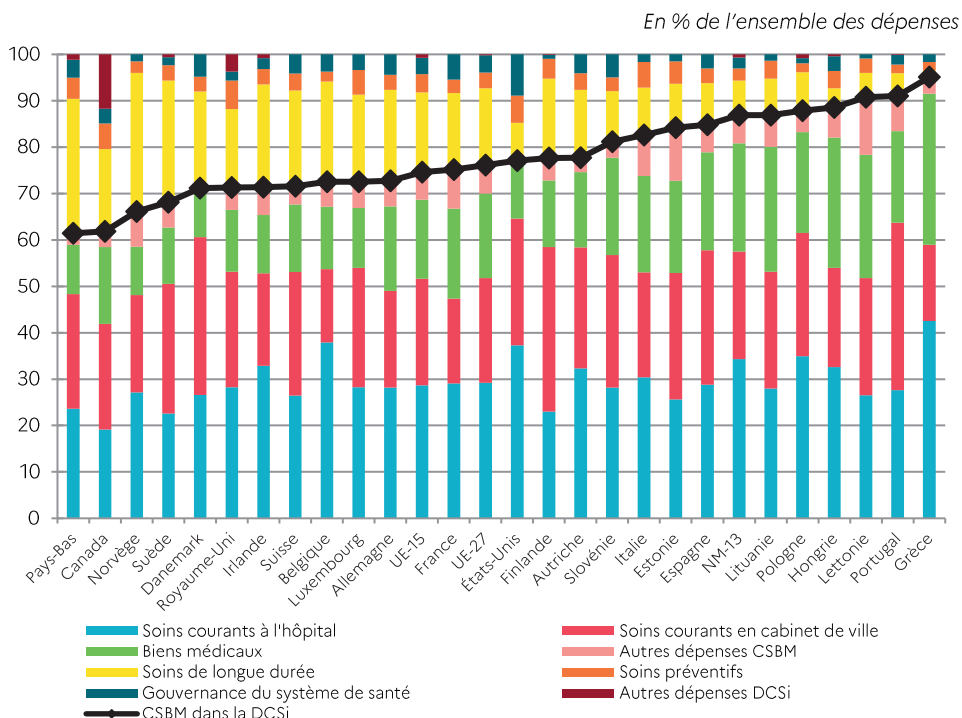
Des dépenses de santé concentrées dans les soins hospitaliers et de ville

La structure de la DCSi selon la fonction de la dépense varie considérablement d'un pays à un autre. Les soins courants constituent le principal poste de dépenses : en 2020 ils représentent 65 % de la DCSi aux États-Unis, dont 37 % pour les soins hospitaliers et 27 % en cabinet de ville (*graphique 5*). Dans l'UE-27, les soins courants représentent en moyenne 52 % de la DCSi, la France (53 %) et l'Allemagne (50 %) étant très proches de la moyenne européenne. Les dépenses consacrées aux soins de ville sont élevées dans quelques pays de l'Union comme le Portugal (36 %) ou la Finlande (36 %). À l'inverse, la France y consacre une plus faible part de sa DCSi (18 %), au profit des soins à l'hôpital (29 %) [*fiche 31*].

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et appareils médicaux) forment la deuxième grande catégorie de dépenses de santé. Leur part est particulièrement élevée dans les pays les moins riches de l'OCDE et dans ceux ayant une plus faible DCSi. Les biens médicaux représentent ainsi 23 % de la DCSi dans les NM-13, contre 17 % dans l'UE-15 (*fiche 32*). Les prix de ces biens sont en effet relativement homogènes à l'échelle mondiale, ce qui n'est pas le cas pour les services médicaux (en particulier les salaires des professionnels de santé) [OCDE, 2021]. La dépense consacrée aux

biens médicaux, incompressible, représente donc pour les pays du sud de l'Europe ou les NM-13 une plus forte proportion de leur DCSi.

La somme des soins courants (à l'hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM dans le *graphique 5*, voir *annexe 1* et *glossaire* pour la définition de la CSBM dans la DCSi), la CSBM étant l'agrégat central des comptes de la santé en France. Elle caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, par opposition aux soins de longue durée ou à la prévention. Les pays consacrent de 61 % (Pays-Bas) à 95 % (Grèce) de la DCSi à la CSBM (75 % en France). L'essentiel de l'écart entre la CSBM et la DCSi correspond aux soins de longue durée aux personnes en perte d'autonomie (personnes âgées ou en situation de handicap). Ces dépenses sont plus élevées dans les pays du nord que dans ceux du sud ou de l'est de l'Europe, ce qui explique que la part de la CSBM dans la DCSi est plus élevée au sein des NM-13 (87 %) que dans l'UE-15 (75 %). La Norvège, les Pays-Bas et la Suède consacrent plus de 25 % de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée en 2020 ; à l'inverse, les soins de longue durée représentent moins de 5 % de la DCSi de la Grèce, de la Hongrie et du Portugal. En France, ces dépenses représentent 17 % de la DCSi en 2020 (*fiche 34*). ■

Graphique 5 Structure de la DCSI selon la fonction de la dépense en 2020

Note > La CSBM (consommations de soins et de biens médicaux) dans la DCSI caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé : elle comprend les soins courants (à l'hôpital, en cabinet de ville ou à domicile), les biens médicaux et les services auxiliaires. Les autres dépenses CSBM correspondent aux services auxiliaires et aux soins courants à domicile. Les autres dépenses DCSI sont les autres dépenses non classées ailleurs.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré Les niveaux de prix des biens et services de santé varient considérablement suivant les pays

Les variations de dépenses entre pays peuvent être dues à des différences liées aux prix des produits et des services achetés, ou à des différences de « volume », c'est-à-dire liées à la quantité de biens et services utilisés par les individus. C'est pour tenir compte de cette décomposition que l'on utilise les niveaux de prix (*price level indices* en anglais), qui indiquent le ratio des prix du même panier de produits et services dans différents pays. Sur le graphique ci-dessous, trois catégories de niveaux de prix sont présentées : la consommation individuelle effective (qui correspond à l'ensemble des biens et services acquis par les ménages), la santé (l'ensemble des biens et services de santé acquis par les ménages, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant) et les services hospitaliers. Ces données permettent d'ajuster les dépenses concernées par les prix, pour apprécier les différences de volume des produits et services consommés.

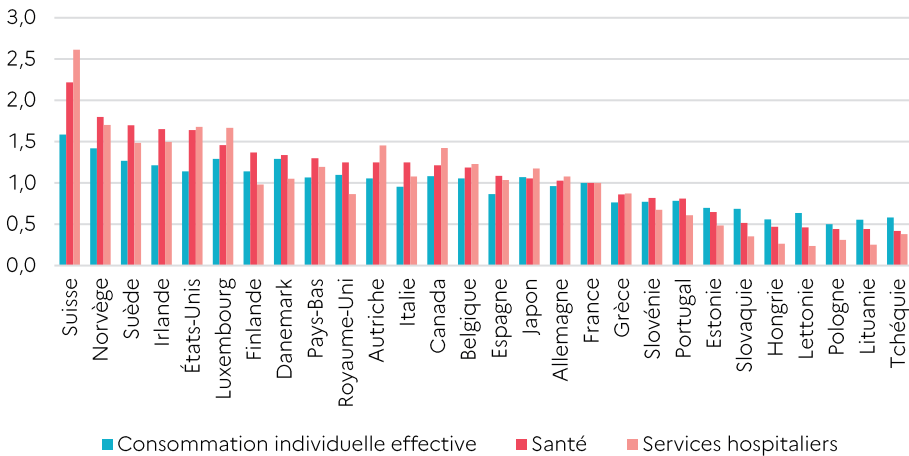
Les niveaux de prix varient considérablement suivant les pays. En règle générale, plus le pays dispose d'un PIB par habitant élevé, plus les prix pratiqués sont hauts. Les prix des biens durables (par exemple, les voitures) varient moins que les prix des services (par exemple, l'éducation et la santé). Le fait que les biens durables sont souvent soumis à la concurrence internationale dans différents pays réduit les écarts de prix ; les services, en revanche, sont généralement achetés localement. Les niveaux de salaire étant supérieurs dans les pays les plus développés, les prix des services sont eux aussi plus élevés. Les variations inter pays de prix dans le secteur de la santé,

secteur relativement intensif en main-d'œuvre, ont donc tendance à être plus prononcées que les différences par rapport à l'économie dans son ensemble.

C'est pourquoi, même en utilisant la France comme pays de référence (base 1), les niveaux de prix liés à la consommation individuelle effective en Suisse sont de 1,59, quand celles liées aux biens et services de santé atteignent 2,22 et celles liées aux services hospitaliers 2,61. Cela signifie que les prix pratiqués en Suisse sont 59 % plus élevés qu'en France pour l'ensemble des biens et services achetés par les ménages, 122 % plus élevés qu'en France pour les biens et services de santé et 161 % plus élevés qu'en France pour les services hospitaliers.

Les niveaux de prix sont mesurés par les services en charge de la comptabilité nationale des instituts statistiques nationaux. Pour les services hospitaliers, une enquête triennale est réalisée afin d'analyser la structure des prix. La dernière enquête en date diffusée date de 2017. Pour plus d'informations, voir Eurostat et OCDE (2012).

Graphique 6 Niveaux des prix d'achat par catégorie de biens et services en 2017, base France = 1



Lecture > Aux États-Unis, en 2017, les niveaux des prix dans le secteur de la santé, avec la France comme pays de référence (base 1), s'élèvent à 1,64. Cela signifie que pour un panier de biens similaires en santé, les prix aux États-Unis sont 64 % supérieurs à ceux pratiqués en France.

Note > Les niveaux des prix présentés ici proviennent de calculs effectués à partir des parités de pouvoir d'achat de l'OCDE pour l'année 2017 – l'OCDE ne fournit pas de données plus récentes pour les biens et services de santé. Les niveaux de prix correspondent à : PPA x taux de change. Plus précisément, ils ont été calculés à partir d'une base de l'OCDE indiquant les parités de pouvoir d'achat en monnaie nationale par euro en 2017, utilisant l'UE-28 comme base 1. Nous avons ajusté ces données du taux de change des monnaies nationales par rapport à l'euro, et choisi la France comme pays de référence (base 1). Donc, sur ce graphique, les niveaux de prix utilisent l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

Source > OCDE, Statistiques sur le pouvoir d'achat et les taux de change (2022).

Pour en savoir plus

- > **Chardon-Boucaud, S.** (2022). Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19. DREES, *Études et Résultats*, 1238.
- > **Eurostat et OCDE** (2012). *Eurostat-OECD Methodological Manual on Purchasing Power Parities (2012th ed.)*. Union européenne.
- > **OCDE** (2021). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE. Paris, France : édition OCDE.
- > **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021**, consultables sur <http://stats.oecd.org/>
- > **Statistiques d'Eurostat sur la santé 2021**, consultables sur <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database>
- > **System of Health Accounts (SHA)**, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-sys>