

Au sein de l'OCDE, la France en tête des dépenses pour les soins courants à l'hôpital en part du PIB

La plupart des pays de l'UE-15 consacrent la majorité de leur dépense courante de santé au sens international (DCSI) aux soins courants à l'hôpital (voir fiche 9). En 2018, les dépenses de **soins hospitaliers** publics et privés et les **hospitalisations de jour** représentent 2,9 % du produit intérieur brut (PIB) de l'UE-15 en moyenne (*graphique 1*). Les États-Unis¹ et le Japon se situent dans cette moyenne (respectivement 2,8 et 3 %). La France est le pays de l'OCDE qui dépense la part la plus importante de son PIB pour les soins courants à l'hôpital (3,5 %). Ces soins représentent en revanche une faible proportion de la richesse des nouveaux membres (NM) [voir glossaire] : de 1,7 % en Estonie à 2,5 % en Slovaquie. Le Luxembourg, en raison de son haut niveau de richesse, consacre une très faible part de son PIB aux soins courants à l'hôpital.

En parité de pouvoir d'achat et par habitant, la hiérarchie des pays est largement modifiée. En France, 1 080 euros annuels par habitant sont consacrés aux soins courants hospitaliers, soit 18 % de plus qu'en moyenne dans l'UE-15, mais 14 % de moins qu'en Allemagne (1 260 euros en parité de pouvoir d'achat [PPA]) et 24 % de moins qu'aux États-Unis (1 370 euros PPA) (*graphique 2*). Rapporté au nombre de lits à l'hôpital, en excluant les lits attribués aux soins de longue durée, les dépenses sont toujours très élevées aux États-Unis, mais cette fois également dans les pays du nord de l'Europe (Danemark et Suède), qui ont opéré un virage important vers une chirurgie ambulatoire qui nécessite moins de lits. L'Allemagne, qui dispose d'un grand nombre de lits à l'hôpital, dépense finalement moins par lit que de nombreux pays d'Europe dont la France (20 % de moins).

Un financement majoritairement public dans presque tous les pays de l'OCDE

Dans la grande majorité des pays, les dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées à plus de 80 % par un financement public : par l'État (ou d'autres autorités locales) ou l'assurance maladie obligatoire (dont le fonctionnement est contributif). L'assurance privée (obligatoire ou facultative) participe au financement de ces soins pour plus de 10 % uniquement dans quatre pays de l'OCDE : en Irlande (28 %), en Suisse (45 %), aux États-Unis (46 %) et aux Pays-Bas² où ils financent la quasi-totalité des frais hospitaliers (87 %). Après financement de l'État, des assurances maladie obligatoires et assurances privées obligatoires, le reste à charge des ménages est très faible pour les soins courants à l'hôpital, inférieur à 10 % pour neuf pays de l'OCDE sur dix. Il reste élevé en Belgique (14 %), en Lettonie (17 %) et en Grèce (28 %).

Une offre d'hospitalisation répartie entre le public et le privé

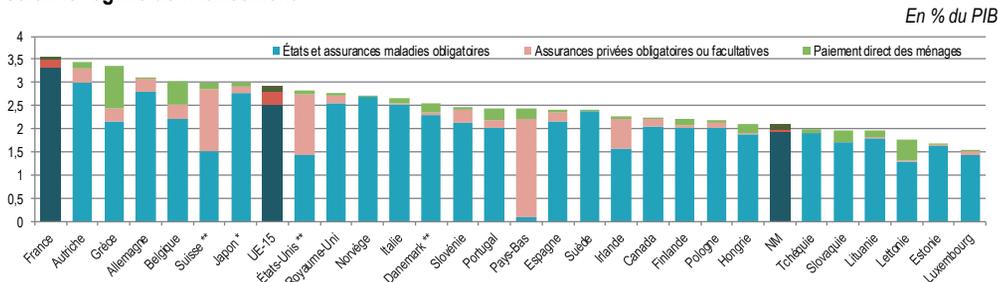
Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. Il existe plusieurs statuts juridiques pour les hôpitaux : publics, privés à but non lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations dans cette configuration), ou privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjour avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en majorité proposée par des institutions hospitalières à but non lucratif dans les pays de l'OCDE. En 2018, près de huit lits sur dix dans l'UE-15, comme aux États-Unis, sont dans des institutions sans but lucratif (*graphique 3*). En France, 75 % des lits sont également dans des hôpitaux sans but lucratif. La répartition des lits entre le public et le privé, au sein de ces institutions non lucratives, diffère selon les pays. Aux États-Unis, au Japon, aux Pays-Bas ou encore en Belgique, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui offrent le plus de lits : de 60 % à 100 % des lits (les Pays-Bas ont confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif). Les pays du sud de l'Europe, ainsi que l'Autriche, le Danemark, l'Estonie et la France ont en revanche près de 60 % de leurs lits mis à disposition par des hôpitaux publics. Enfin, la situation allemande est particulière dans la mesure où les établissements publics, privés sans but lucratif et avec but lucratif composent à part presque identique l'offre d'hospitalisation. Depuis le début des années 2000, en Allemagne, on assiste à une transformation des hôpitaux publics en hôpitaux privés. Les *Länder* et les communes, qui avaient la charge de l'infrastructure hospitalière, tandis que les dépenses courantes relevaient des caisses de santé, se désengagent souvent du fait de difficultés économiques au profit du privé (Kahmann, 2015).

Depuis 2013, un ralentissement ou une stagnation des dépenses hospitalières dans de nombreux pays de l'OCDE

La situation française en matière de soins à l'hôpital se caractérise depuis 2015 jusqu'en 2018 par un ralentissement des dépenses en valeur, ainsi qu'en volume (*graphique 4*). Notamment, les volumes des soins progressent moins à partir de 2017 (voir fiche 3).

Un ralentissement, voire une stagnation, des dépenses hospitalières est observé également dans plusieurs des pays étudiés sur la période 2013-2018. La situation italienne est particulière dans la mesure où les dépenses hospitalières ont décliné de 2013 à 2015 et n'ont pas connu de rebond entre 2015 et 2018, à la différence d'autres pays du sud de l'Europe fortement touchés par la crise économique de 2007, comme le Portugal et l'Espagne.

Graphique 1 Répartition des dépenses des soins courants à l'hôpital en 2018 en proportion du PIB, selon le régime de financement



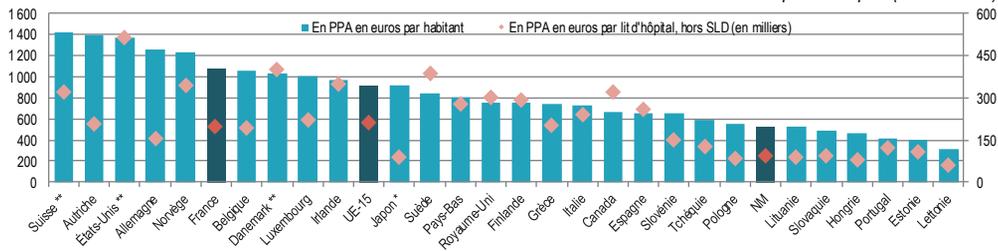
* Données 2017. ** Hors dépenses d'hospitalisation de jour pour la Suisse, les États-Unis et le Danemark.

Note > Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (voir annexe 1), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital.

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

Graphique 2 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2018 par habitant et par nombre de lits à l'hôpital

En parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant pour l'ensemble des biens et services consommés (axe de gauche) et en euros par lit d'hôpital (axe de droite)

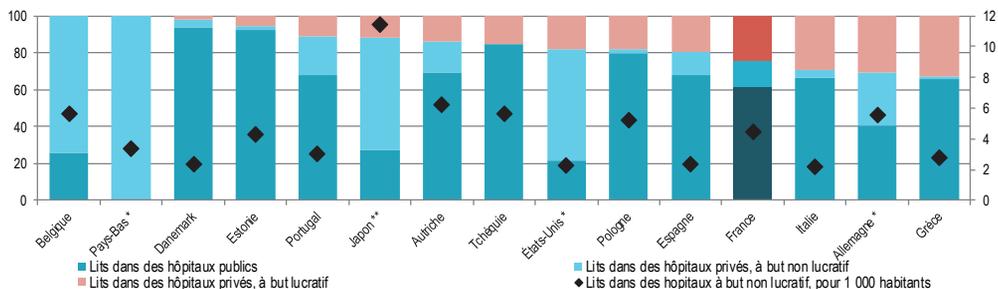


* Données 2017. ** Hors dépenses d'hospitalisation de jour.

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

Graphique 3 Répartition du nombre de lits entre les hôpitaux publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif en 2018 et nombre de lits en moyenne pour 1 000 habitants dans des institutions sans but lucratif

En % du nombre de lits à l'hôpital (axe de gauche) et nombre de lits pour 1 000 habitants quel que soit le type de soins (axe de droite)



* Données 2017. ** La répartition des lits pour les hôpitaux privés au Japon est obtenue à partir de la répartition du nombre d'hôpitaux privés à but lucratif ou non (Sakamoto, 2018).

Lecture > En France, en 2018, 62 % des lits à l'hôpital sont dans établissements publics, 14 % dans des établissements privés sans but lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif (cliniques). 4,5 lits pour 1 000 habitants sont proposés dans des établissements sans but lucratif.

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

1. La faible part des dépenses de soins courants à l'hôpital aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car d'une part, les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier sont inclus dans les dépenses de soins courants en cabinet de ville, et d'autre part, les données de dépenses pour l'hospitalisation de jour ne sont pas disponibles.
2. L'assurance santé aux Pays-Bas est gérée par des sociétés d'assurance privées, sous la tutelle de l'Autorité néerlandaise de soins de santé. Toute personne y résidant est obligatoirement tenue de souscrire une assurance maladie de base auprès d'un assureur de soins.

En revanche, si l'Espagne et le Portugal ont fait des économies dans leurs dépenses hospitalières à la suite de la crise économique, ils ont relancé leurs dépenses dans ce secteur ces dernières années. Ainsi, au Portugal, les dépenses hospitalières ont augmenté de plus de 8 % en 2018 (euros courants) après une hausse de 6 % en 2017. Deux facteurs expliquent cela : l'augmentation de la consommation de biens et services par les hôpitaux et celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires, développement des carrières) [INE, 2020]. Durant cette période, l'Allemagne a une croissance en valeur (prix courants) proche de 4 % par an.

Les dépenses hospitalières augmentent plus rapidement que le PIB, hormis aux États-Unis et en Suède

Rapporter l'évolution des dépenses en santé à celles du PIB permet d'évaluer l'effort national dans les systèmes de santé et, ici, les hôpitaux. Entre 2007 et 2018, les évolutions de ce ratio vont de -0,1 point de PIB pour les États-Unis, à +0,5 point pour le Japon (*graphique 5*). La crise de 2008-2009, du fait de la rétraction du PIB, a eu un impact net sur le poids relatif des dépenses dans tous les pays. Depuis 2009, ce poids diminue un peu partout (hors Portugal et Japon). Aux États-Unis, le poids des dépenses pour les soins courants à l'hôpital diminue de 0,3 point de PIB durant cette période, et en France de 0,05 point. Pour autant, en dehors des États-Unis et de la Suède, ce repli n'efface pas le choc haussier dû à la grande récession.

Une recherche d'efficacité accrue dans l'hospitalisation

En 2018, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants est de 3,1 en moyenne dans l'UE-15, légèrement supérieur aux 3,0 lits pour 1 000 habitants en France (*graphique 6*). Le Japon arrive en tête du classement avec 7,8 lits pour 1 000 habitants, suivi de l'Allemagne (6 lits en 2017). Les NM disposent tous d'un nombre de lits par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE-15 (de 3,2 pour la Lettonie à 5,3 pour la Lituanie). Le nombre de lits en soins aigus n'est pas nécessairement le meilleur indicateur d'efficacité dans l'organisation et la qualité des soins. Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire certaines dépenses hospitalières en limitant le nombre de lits ou en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité - qui prennent le relais après les interventions. La chirurgie de la cataracte est un bon exemple pour comprendre le développement de la chirurgie ambulatoire. En 2018, en France, seulement 5 %

des opérations de la cataracte sont réalisées avec une hospitalisation (une nuit à l'hôpital). Cette part est supérieure à 40 % dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie, Pologne et Hongrie) et proche des 20 % en Allemagne. La durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est un indicateur d'efficacité du système hospitalier intéressant. En 2018, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte (*graphique 6*) : 5,4 jours, durée similaire à la Suède (5,5 jours), mais nettement moins élevée qu'en moyenne au sein de l'UE-15 (6,5 jours) ainsi qu'en Allemagne, au Luxembourg ou au Canada (7,5 jours). Cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France depuis dix ans, car elle était déjà faible à la fin des années 2000, alors qu'elle a baissé considérablement dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2019). La durée moyenne de séjour atypiquement longue au Japon peut s'expliquer par une prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays, davantage dans des unités de soins de longue durée intégrées à l'hôpital (voir fiche 15).

Les **soins courants à l'hôpital** correspondent aux soins hospitaliers et les hospitalisations de jour.

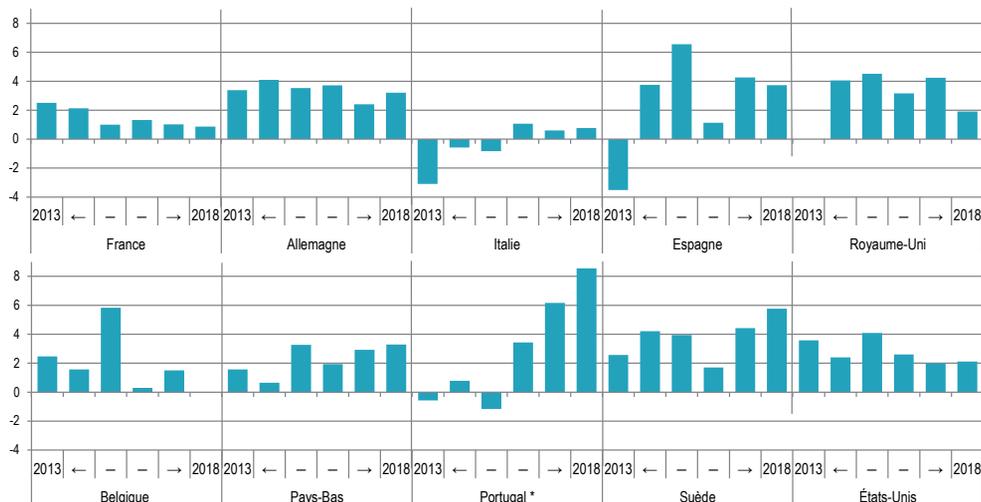
Les soins hospitaliers sont définis par l'OCDE comme les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement ou des soins, pour un séjour prévu d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement. Ils comprennent les soins curatifs, psychiatriques et de réadaptation.

Les hospitalisations de jour désignent les services médicaux et paramédicaux planifiés délivrés à des patients qui ont été officiellement admis, mais avec une sortie le jour même.

Les **lits d'hôpital** sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de soins de longue durée. Les **lits de soins aigus** sont des lits réservés aux soins curatifs (hors soins palliatifs), soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation. En théorie, les séjours en psychiatrie ne sont inclus que s'ils correspondent à des soins curatifs. Toutefois, de nombreux pays n'arrivent pas à faire la distinction entre soins curatifs et non curatifs pour les lits en psychiatrie, ces séjours sont traités de manière hétérogène (pour de nombreux pays dont la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède, les séjours en psychiatrie sont inclus dans leur totalité, qu'ils soient curatifs ou non). La **durée moyenne** des séjours porte sur les séjours d'au moins une nuit.

Graphique 4 Évolution annuelle moyenne des soins courants à l'hôpital entre 2013 et 2018

Évolution annuelle des dépenses de soins à l'hôpital en % – à prix courants



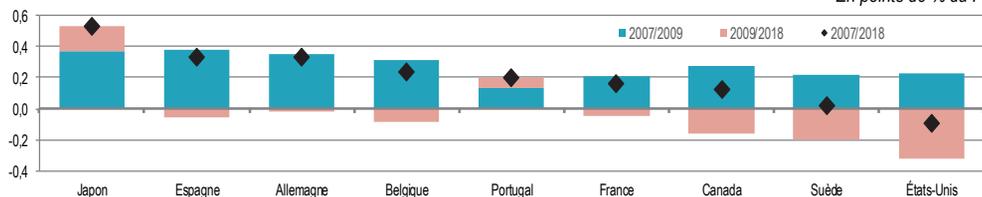
* La rupture de série observée entre 2015 et 2016 sur les données portugaises a été traitée par la DREES (lissage des évolutions).

Lecture > En 2018, les dépenses hospitalières ont augmenté de 8,5 % au Portugal en euros courants.

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

Graphique 5 Évolution des dépenses de soins hospitaliers en fonction du PIB entre 2007 et 2018

En points de % du PIB

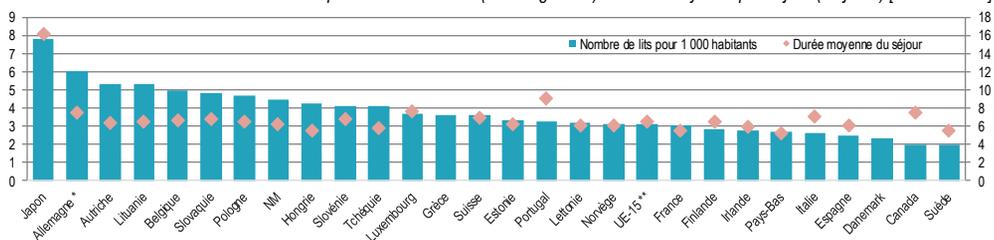


Lecture > Les États-Unis ont consacré 0,2 point de pourcentage de leur PIB en plus en 2009 par rapport à 2007, et 0,3 point de moins entre 2009 et 2018, ce qui porte l'évolution totale sur la période à une diminution de 0,1 point de pourcentage.

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

Graphique 6 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2018

Nombre de lits pour 1 000 habitants (axe de gauche) et durée moyenne par séjour (en jours) [axe de droite]



* Données 2017. ** Moyenne calculée hors Royaume-Uni (données non disponibles).

Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

> **INE** (2020, juillet). *Em 2018 e 2019, a despesa corrente em saúde cresceu a um ritmo superior ao do PIB*. Destaque, Instituto Nacional de Estatística (INE).

> **Kahmann, M.** (2015). Les dépenses publiques en faveur de l'éducation et de la santé en Allemagne : un paradoxe dans un contexte de restrictions budgétaires ? Dans *Revue française des affaires sociales*, 4, (pp. 31-59).

> **OCDE** (2019). *Panorama de la santé 2019*. Paris, France : édition OCDE.

> **Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., et al** (2018). Japan, Health System Review. *Health Systems in Transition* (8)1, World Health Organization (OMS), Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.