

En 2014, les **soins hospitaliers** publics et privés (hors soins de longue durée aux personnes âgées) et les **hospitalisations de jour** représentent 38 % de la **dépense individuelle de soins et de biens médicaux** en moyenne dans l'UE 15. En France, la part des dépenses hospitalières (42 %, comme en Belgique) est supérieure à la moyenne de l'UE 15 (graphique 1). Parmi les pays de l'UE 15, elle est plus élevée encore en Autriche, en Grèce, en Irlande (43 %) et aux Pays-Bas (44 %). En revanche, soins hospitaliers et hospitalisations de jour représentent moins d'un tiers des dépenses individuelles de soins et de biens médicaux en République slovaque, au Portugal, en République tchèque, au Canada et aux États-Unis. La faible part des dépenses hospitalières aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier y sont inclus dans les soins ambulatoires.

Lorsqu'on exclut l'hospitalisation de jour, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et de biens médicaux passe pour la France à 37 % et pour l'UE 15 à 35 %. La France passe alors de la 7^e à la 9^e position des pays comparés dans cette fiche.

Une recherche d'efficacité accrue : réduction du nombre de lits, taux d'occupation plus élevé et durées d'hospitalisation plus courtes

Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis, notamment, le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire les dépenses hospitalières 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. Sur la base de deux exemples d'opérations retracées par l'OCDE, la chirurgie ambulatoire serait plus développée notamment au Canada, en Finlande, aux Pays-Bas et en Suède : plus de 98 % des opérations de la cataracte et plus des deux tiers des ablations des amygdales y sont réalisées en soins ambulatoires, tandis que ces parts sont de 87 % et 22 % en France.

Définitions

La dépense individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments et autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades. Elle correspond à la DCSI (fiche 43) hors soins de longue durée, dépenses de prévention, de gouvernance et d'administration.

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

Lits de soins aigus : il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins psychiatriques, soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

Pour en savoir plus

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

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

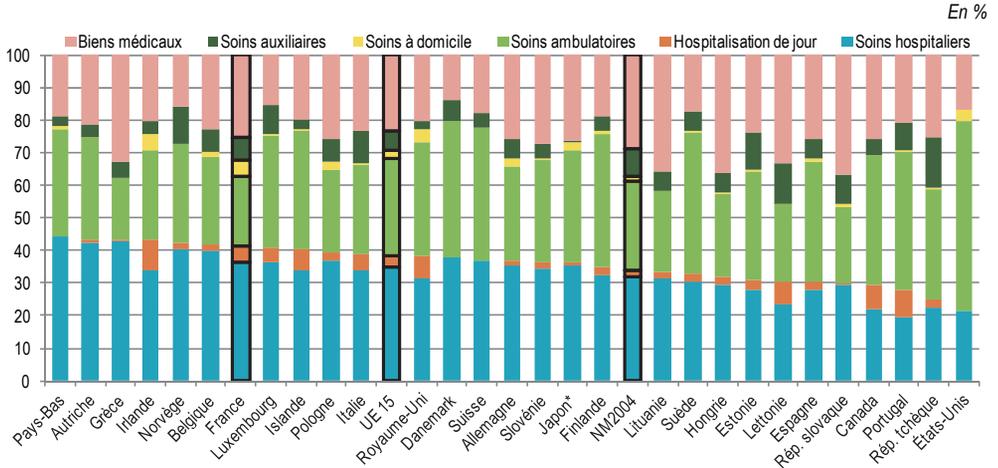
Fiches 19, 20 et 21 (France) et Programme de qualité et d'efficacité « maladie », France (PLFSS pour 2016, indicateurs n° 11, 4-8, 4-10).

Le développement de la chirurgie ambulatoire est en partie à l'origine de la réduction du nombre de **lits de soins aigus** observée dans tous les pays entre 2000 et 2014 (graphique 2). Sur cette période, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 4,7 à 3,8 au sein de l'UE 15, de 3,0 à 2,5 aux États-Unis, et de 9,8 à 7,9 au Japon. Entre 2000 et 2014, la dotation de lits en France a diminué de 5,1 à 4,1 lits pour 1 000 habitants, ce qui la place en 2014 dans la moyenne de l'UE 15. Cette tendance à la baisse est également constatée pour l'ensemble des lits d'hôpital, y compris ceux pour les soins de longue durée et les soins psychiatriques, dont le nombre global est passé de 6,1 à 4,9 pour 1 000 habitants dans l'UE 15 entre 2000 et 2014.

La réduction du nombre de lits à l'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation dans certains pays (Belgique, Estonie, France, Irlande et Italie). Pour les dernières années disponibles, le taux d'occupation des lits atteint plus de 90 % au Canada et en Irlande ; à l'inverse, il est particulièrement faible aux États-Unis (63 %). La France se situe dans une position intermédiaire, avec un taux d'occupation des lits d'hôpital de 76 % en 2013 (dernière année disponible).

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un séjour court semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, donc un coût journalier supérieur. En 2014, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte : 5,8 jours (en 2013, dernière année disponible), contre 6,7 jours en moyenne dans l'UE 15 (graphique 2). Toutefois, cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France entre 2000 et 2014, alors qu'elle a généralement baissé dans les autres pays de l'OCDE. Elle est ainsi passée de 7,7 à 6,7 jours en moyenne dans l'UE 15, de 5,8 à 5,4 aux États-Unis, et de 24,8 à 16,9 jours au Japon, où la durée atypiquement longue peut notamment être rapprochée du mode de prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays.

Graphique 1 Structure de la dépense individuelle de soins et de biens médicaux par type de soins en 2014



* Données 2013.

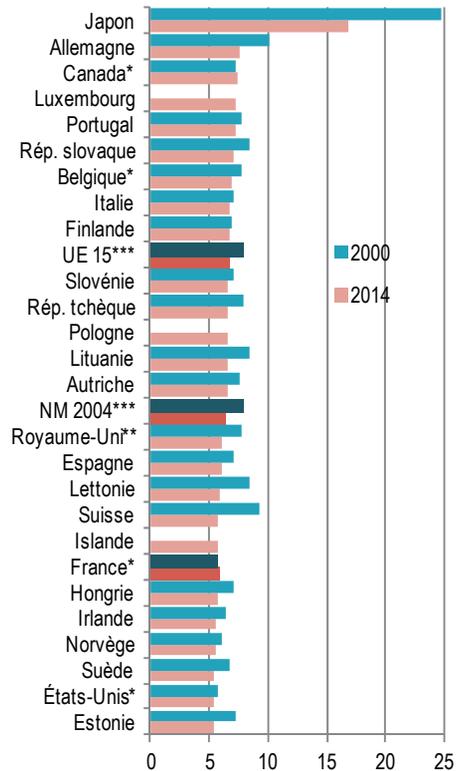
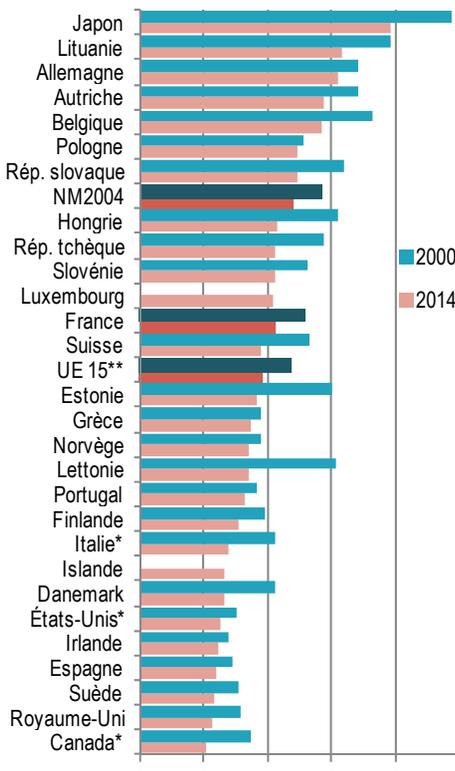
Note > Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

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

Graphique 2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2000 et 2014

Nombre de lits pour 1 000 habitants

Durée moyenne par séjour (nombre de jours)



* Données 2013 ; ** Moyenne calculée sur les dernières données disponibles de l'UE 15, hors Luxembourg et Pays-Bas.

* Données 2013 ; ** Données 2001 ; *** Moyennes européennes calculées sur les dernières données disponibles de l'UE 15, hors Danemark, Grèce, Luxembourg et Pays-Bas ; NM 2004, hors Pologne.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.