

En 2020, les dépenses hospitalières augmentent fortement dans l'ensemble des pays étudiés du fait de la crise sanitaire. Cette augmentation est particulièrement élevée en Tchéquie, en Hongrie et au Royaume-Uni. En 2020, la France a consacré 3,5% de son produit intérieur brut (PIB) aux soins courants à l'hôpital, un peu plus que la moyenne des pays de l'UE-15 (3,3%). L'objectif prioritaire de la politique hospitalière dans de nombreux pays reste la recherche de l'efficacité, c'est-à-dire la baisse de la durée moyenne des séjours en soins aigus et la diminution du nombre de lits. La France possède un peu moins de lits en soins aigus que la moyenne des pays de l'UE-15 (2,9 contre 3,3 pour 1 000 habitants) et la durée moyenne d'hospitalisation est parmi les plus basses d'Europe (5,5 jours contre 6,6 en moyenne dans les pays de l'UE-15).

En 2020, Les dépenses hospitalières augmentent fortement du fait de la crise sanitaire

Dans quasiment tous les pays européens (exception faite de la Belgique, de la Slovaquie, de la Pologne et de la Finlande), les dépenses hospitalières¹ ont augmenté en 2020 en raison de la crise sanitaire du Covid-19 (graphique 7). Pour sept d'entre eux (sur 27), l'augmentation a même dépassé 10%. Ces rythmes d'accroissement sont nettement supérieurs aux rythmes observés avant la crise sanitaire : entre 2010 et 2019, dans la plupart des pays étudiés, la croissance des dépenses hospitalières était moindre, de 0,5 % par an au Danemark à 7 % par an en Slovaquie, et même négative pour l'Italie et la Grèce (respectivement -0,6 % et - 3,3 % par an). Le premier pays de l'UE-15 en termes de dynamique de dépenses entre 2010 et 2019 était la Belgique avec 4,4 % d'augmentation moyenne par an.

La hausse des dépenses affichée en 2020 a été particulièrement élevée en Tchéquie (+28 %), en Hongrie (+25 %) et au Royaume-Uni (+19 %). En Italie et en Grèce, après une baisse des dépenses hospitalières consécutive à la crise économique de 2008, (-0,6 % par an et -3,3 % par an en moyenne), les dépenses ont également progressé (respectivement +5,1 % et +4,4 %), même si cette hausse reste inférieure à la plupart des

pays européens. Si, à l'instar de l'Italie et de la Grèce, l'Espagne et le Portugal ont maîtrisé leurs dépenses hospitalières à la suite de la crise économique de 2008, ils ont nettement relancé leurs consommations ces dernières années, et de façon encore plus prononcée en 2020 : respectivement +10,5 % et +10,7 %.

L'augmentation importante des dépenses hospitalières au Portugal recouvre à la fois celles des consommations intermédiaires des hôpitaux, notamment en 2020 pour les équipements de protection individuelle et les médicaments, et celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires) [INE, 2022]. Les mêmes raisons sont à l'œuvre en Espagne (Del Carmen Rodríguez Blas, 2022).

En France, les dépenses hospitalières ont progressé de 0,7 % en moyenne entre 2010 et 2019 (+0,7 % par an en moyenne d'augmentation) ; en 2020, elles ont augmenté de 7,5 %, du fait de la crise sanitaire.

Enfin, les dépenses hospitalières ont baissé en 2020 en Belgique (-0,4 %), en Slovaquie (-1,2 %), en Pologne (-1,8 %) et en Finlande (-2,6 %), malgré la crise sanitaire. Deux facteurs viennent nuancer ce constat : dans ces pays, les dépenses hospitalières pré-crise sanitaire avaient été plus élevées que dans les autres pays (respectivement +4,4 %, +7,0 %, +5,5 % et +2,3 % par an en moyenne entre 2010 et 2019).

¹ Dans les fiches relatives à la France (fiches 16 et 17), les dépenses de santé hospitalières correspondent aux dépenses réalisées par les hôpitaux (dans la nomenclature SHA les hôpitaux correspondent à un prestataire de santé, annexe 7) hors soins de longue durée, les achats de masques pour les hôpitaux et les médicaments en rétrocession (dans la nomenclature SHA il s'agit de différentes fonctions de la dépense de santé). Dans un objectif de com-

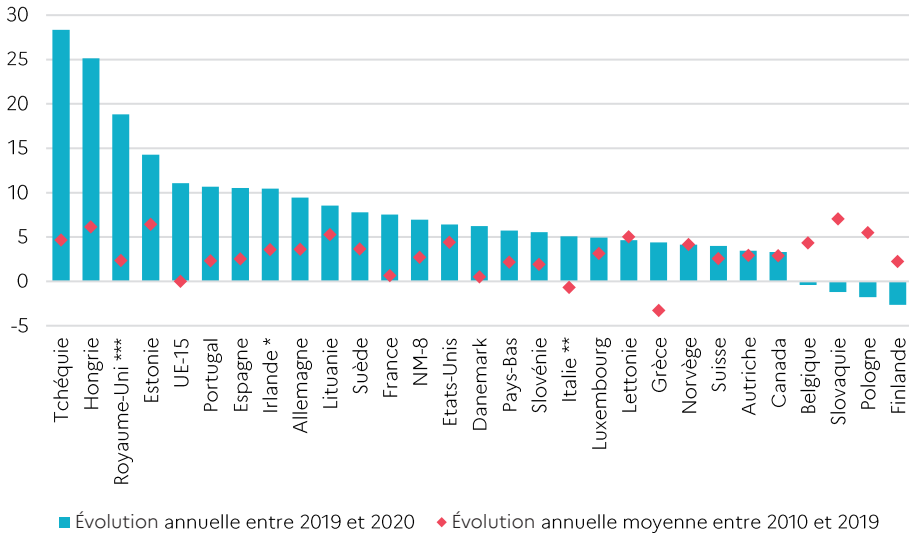
paraison internationale – les données précédentes n'étant pas renseignées pour l'ensemble des pays – ces dépenses ont été calculées uniquement grâce à la ventilation par fonction de dépenses de santé. On isole parmi les dépenses de soins courants les catégories « soins courants dans le milieu hospitalier » et « soins courants en hospitalisation de jour » (des fonctions spécifiques des dépenses de santé).

En outre, les données de la Belgique ne tiennent pas compte des indemnités versées aux salariés du secteur hospitalier dont l'activité était

limitée ou empêchée par la crise sanitaire dans le calcul de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Graphique 1 Évolution annuelle moyenne des soins courants à l'hôpital entre 2010 et 2020, et évolution annuelle entre 2019 et 2020

Évolution annuelle des dépenses de soins à l'hôpital en % - En valeur



* Données 2011-2019; ** données 2012-2019; *** données 2013-2019.

Lecture > En 2020, les dépenses hospitalières ont augmenté de 10,7 % au Portugal en valeur. Elles avaient augmenté en moyenne de 2,3 % par an entre 2010 et 2019.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Systèmes internationaux des comptes de la santé (SHA).

La Belgique et la Grèce en tête des dépenses pour les soins courants à l'hôpital en part du PIB

Les soins courants à l'hôpital représentent le premier poste de la DCSi dans la plupart des pays de l'UE-15 (28,7 % en moyenne dans l'UE-15, fiche 26). La France est au-dessus de la moyenne de l'UE-15 (29,1 % de la DCSi) et elle occupe la cinquième place des pays de l'OCDE étudiés ici pour la part de PIB consacrée aux soins courants à l'hôpital (3,5 %) [graphique 2]. En comparaison, les dépenses de soins hospitaliers représentent 3,3 % du PIB de l'UE-15 en

moyenne. Les États-Unis et le Japon se situent également dans cette tranche (respectivement 4 % et 3,2 %). La Belgique, premier pays européen, y consacre 4,1 % de son PIB, dont près d'un point est dédié aux soins hospitaliers de jour¹. En revanche, les dépenses hospitalières représentent une plus faible proportion du PIB des nouveaux membres (NM) [glossaire] : variant de 2 % en Lettonie à 2,9 % en Tchéquie. Le Luxembourg, en raison de son haut niveau de richesse (troisième pays avec le PIB par habitant le plus élevé), consacre une très faible part de son PIB aux soins courants à l'hôpital (1,6 %).

¹ La part des dépenses hospitalières en Belgique a fortement augmenté par rapport à celle présentée dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2019* (Marc, et al., 2020). En effet, une révision méthodologique

des comptes belges a permis d'améliorer le partage entre les dépenses ambulatoires en ville et l'hospitalisation de jour, au profit de cette dernière (SPF, 2021).

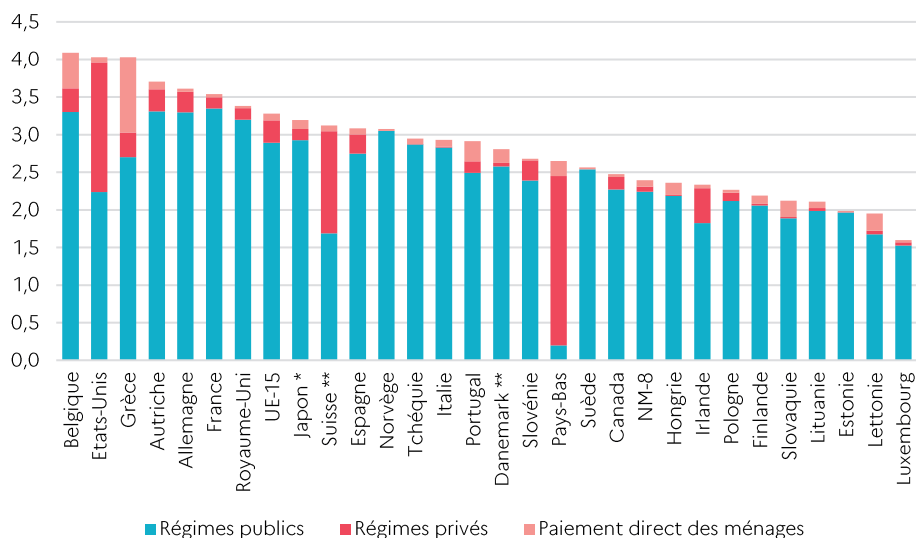
Un financement majoritairement public dans presque tous les pays de l'OCDE étudiés

Dans la majorité des pays, plus de 86 % des dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées par un organisme public (*graphique 2*) : 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 % dans quatre pays de l'OCDE en Irlande (20 %), en Suisse (44 %), aux

États-Unis (43 %) et aux Pays-Bas¹ où ils financent la quasi-totalité des frais hospitaliers (85 %). Après financement de l'État, des assurances maladies et assurances privées obligatoires, le reste à charge des ménages (RAC) est très faible pour les soins courants à l'hôpital : il est inférieur à 10 % pour neuf pays étudiés sur dix. Il reste néanmoins élevé en Grèce (25 %), en Belgique (11,5 %), en Lettonie (12 %) et en Slovaquie (10 %) [*graphique 2*]. Le RAC des ménages est quasiment nul en France (1,2 %), en Allemagne (0,9 %) et au Royaume-Uni (1,2 %) en 2020.

Graphique 2 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2020 par habitant

En % du PIB



* Données 2019 ; ** hors hospitalisation de jour.

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

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

¹ 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.

Si les dépenses de soins courants hospitaliers par habitant diffèrent largement entre les pays, le volume de soins semble se rapprocher

Exprimées en euros courants, en 2020, la France consacre 1 210 euros par an et par habitant pour les soins courants hospitaliers. C'est moins que l'Allemagne (1 460 euros) et que les États-Unis (3 380 euros), mais plus que la Finlande, l'Italie ou encore l'Espagne (respectivement 940 euros, 820 euros et 730 euros par habitant) et que les nouveaux membres de l'UE (370 euros en moyenne par habitant pour les NM [glossaire]). De façon générale, les écarts entre les pays sont très élevés (graphique 3) : la consommation de soins hospitaliers aux États-Unis est ainsi près de 2,8 fois supérieure à celle de la France et 11,3 fois à celle de la Lettonie.

Toutefois, cet indicateur en euros courants ne permet pas de prendre en compte les différences de niveau de vie et de volume de soins qui existent entre les pays de l'OCDE. Afin d'éliminer les différences de prix des produits et services hospitaliers, et d'apprécier les différences de volume de soins consommés à l'hôpital par les pays, les dépenses de soins hospitaliers ont été exprimées en parités de pouvoir d'achat, restreintes au domaine hospitalier (PPA services hospitaliers [glossaire]).

On observe ainsi une réduction significative des différences entre les pays en termes de volumes de soins hospitaliers. Les pays qui pratiquent les

prix les plus élevés (États-Unis, Suisse, Norvège) et ceux qui pratiquent les prix les plus faibles (Lettonie, Pologne, Hongrie) convergent vers des niveaux plus proches de volume de soins.

À titre d'exemple, la prise en compte des prix relativement élevés pratiqués aux États-Unis, permet de réduire significativement l'écart avec la France (pays de référence dans notre analyse) en termes de volume de soins, même si les États-Unis restent les plus grands consommateurs de services de santé hospitaliers parmi les pays étudiés. Si les dépenses de soins hospitaliers par habitant sont 2,8 fois supérieures aux États-Unis, le volume de soins n'est que 1,7 fois supérieur, soit une réduction de l'écart initial de près de la moitié.

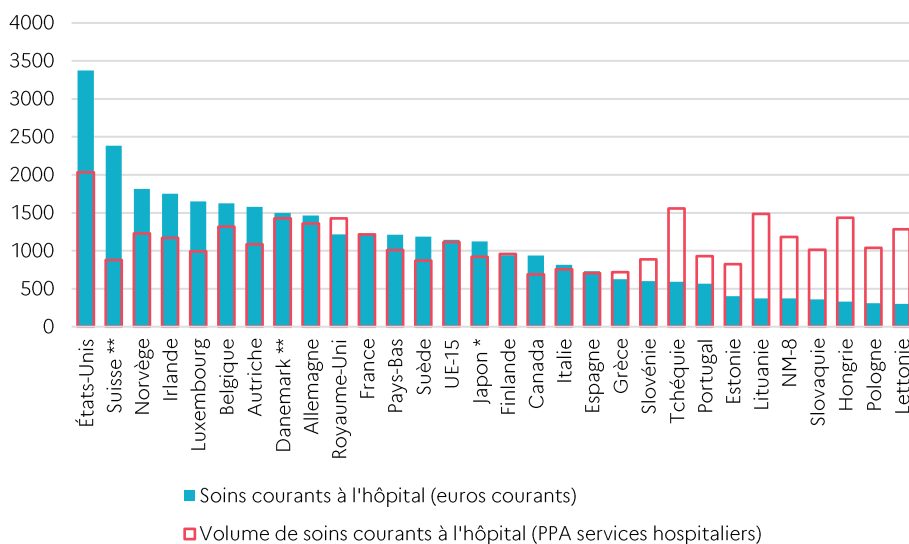
D'autre part, si les NM consacrent un plus faible montant (en euros courants), par an et par habitant pour les soins courants à l'hôpital par rapport à la France, la différence de volume de soins hospitaliers consommés est minime. Ils bénéficient effectivement d'un volume de soins relativement similaire (respectivement 1 210 et 1 180 euros en PPA services hospitaliers en France et dans les NM-8). En pratique, les différences observées en euros courants entre la France et la NM sont majoritairement dues au faible coût de la main-d'œuvre dans les NM. Le secteur hospitalier étant un secteur relativement intensif en main-d'œuvre et les salaires étant inférieurs dans ces pays, les prix des services hospitaliers y sont plus faibles.

¹ Cette mesure permet d'identifier un panier de biens et services de services hospitaliers standards, comprenant les équipements, les médicaments et

le personnel soignant, afin de mesurer et de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers.

Graphique 3 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2020 par habitant et volume de soins

En euros courants et en PPA services hospitaliers par habitant



* Données 2019; ** hors hospitalisation de jour.

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

Les PPA santé utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services hospitaliers standards pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers. 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).

Lecture > Aux États-Unis, en 2020, chaque habitant consomme 3 375 euros courants et 2 032 euros en PPA services hospitaliers (*glossaire*) pour des soins courants à l'hôpital. Comme la France est utilisée comme pays de référence (base 1) pour le calcul des parités de pouvoir d'achat de ce graphique, chaque euro présenté correspond à un « euro français ».

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

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

Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. Différents statuts juridiques sont en effet possibles pour les hôpitaux : publics, privés à but non lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations), ou privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjour avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en grande partie proposée par des institutions hospitalières sans but lucratif dans les pays membres de l'OCDE étudiés ici (*graphique 4*). En France, 76 % des lits sont en effet proposés par des hôpitaux à but non lucratif (publics ou privés à but non 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, aux Pays-Bas ou en Belgique, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui mettent à disposition le plus de lits (entre 60 % et 100 %). Les Pays-Bas ont ainsi confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif. En revanche, dans les autres pays, ce sont les établissements publics au sein des institutions non lucratives qui offrent la majorité des lits d'hôpitaux : de 40 % des lits en Allemagne à 100 % au Royaume-Uni. En France, les hôpitaux publics offrent 61 % des lits disponibles.

Si la part des lits pourvus par des institutions privées lucratives est inférieure à 20 % dans la majorité des pays étudiés, ce n'est pas le cas en France, en Allemagne, en Grèce et en Italie : dans ces pays, respectivement 24 %, 32 %, 32 % et 36 % des lits sont proposés par des institu-

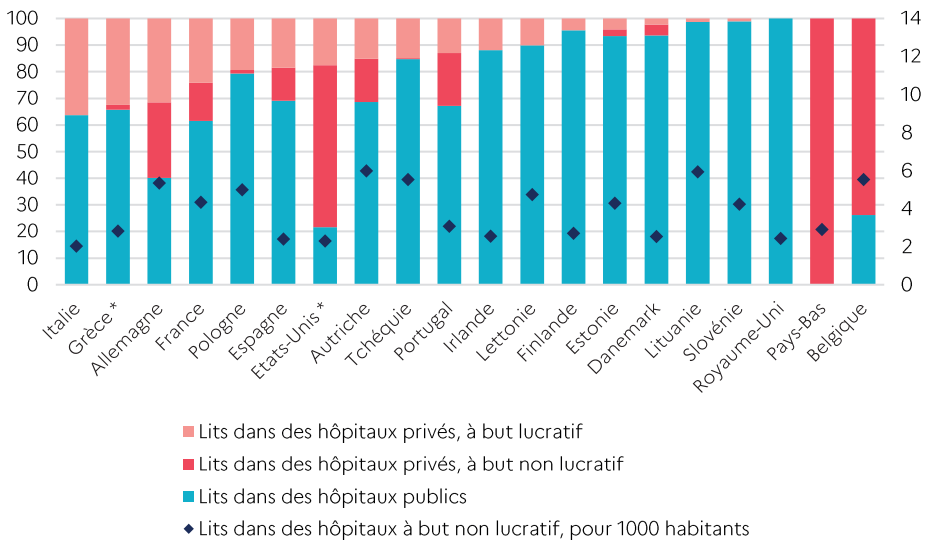
tions privées à but lucratif, témoignant ainsi de grandes disparités au sein de l'Europe en matière de gestion de l'offre de lits.

En Allemagne, depuis le début des années 2000, s'opère une transformation des hôpitaux publics en hôpitaux privés. Les *Länder* et les com-

munes, qui avaient la charge de l'infrastructure hospitalière (tandis que les dépenses courantes relevaient des caisses de santé), se désengagent souvent de la gestion des hôpitaux au profit du privé à cause de difficultés économiques (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits entre les hôpitaux publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif en 2020, et nombre de lits en moyenne pour 1 000 habitants

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 2019.

Lecture > En France, en 2020, 61 % des lits d'hôpital sont dans des établissements publics, 14 % dans des établissements privés à but non lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif. 4,3 lits pour 1 000 habitants sont proposés dans des établissements à but non lucratif.

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

Une recherche d'efficacité accrue des pays de l'OCDE dans l'hospitalisation : moins de lits et de plus faibles durées d'hospitalisation

En 2020, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants s'établit à 3,3 en moyenne dans l'UE-15 ; en France, ce ratio est un peu inférieur : 2,9 lits pour 1 000 habitants (*graphique 5*). Le Japon arrive en première position du classement avec 7,7 lits pour 1 000 habitants, juste devant l'Allemagne (5,9 lits en 2020).

Les NM disposent en moyenne d'un nombre de lits par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE-15 (3,9 lits contre 3,3 lits pour 1 000 habitants).

Le nombre important de lits en soins aigus n'est néanmoins pas un bon 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 (« virage ambulatoire ») à des rythmes toutefois très variables selon les pays. Ces innovations permettent de diminuer certaines dépenses hospitalières en limitant le nombre de lits ou en raccourcissant la durée des séjours, et leurs coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et de réadaptation et les services de proximité qui prennent le relais après les interventions. La chirurgie de la cataracte et les amygdalectomies permettent d'illustrer ce point : en 2020, en France, 97 % des opérations de la cataracte et 41 % des amygdalectomies sont réalisées avec une hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuit à l'hôpital).

Cette part varie entre 60% et 70% pour la chirurgie de la cataracte et est proche de 0% pour la chirurgie des amygdales dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie et Hongrie). En Allemagne ces opérations sont également plus souvent réalisées en hospitalisation complète: en 2020, seulement 87% des opérations de la cataracte et 16% des amygdalectomies sont réalisées en hospitalisation partielle en Allemagne. L'Allemagne n'a effectivement pas encore amorcé un «virage ambulatoire» à la hauteur de celui réalisé en France.

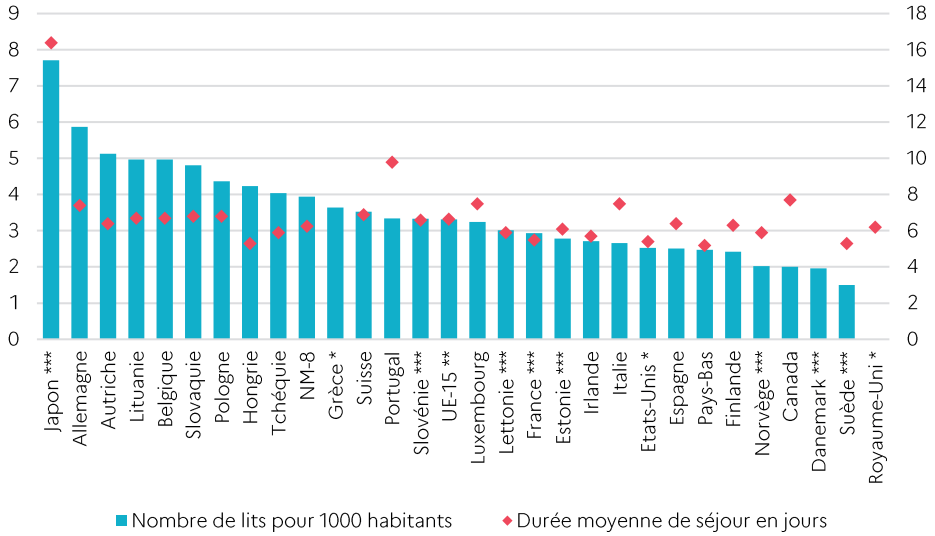
La durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est un indicateur plus pertinent d'efficacité du système hospitalier. En 2020, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte (*graphique 5*), avec 5,5 jours: cette durée est similaire à celle des États-Unis (5,4 jours), mais inférieure à la moyenne de l'UE-15 (6,6 jours), de l'Allemagne (7,4 jours) ou du Canada (7,7 jours). La durée d'hospitalisation en Allemagne est plus

élevée qu'en France (+2 jours en moyenne pour les soins aigus en 2020 comparé à la France). La Commission européenne et l'OCDE, dans leur dernier rapport sur les systèmes de santé, avaient pointé les difficultés de l'organisation hospitalière en Allemagne (petits hôpitaux, faiblesse des ressources humaines et des équipements techniques) comme des facteurs explicatifs possibles des faibles résultats en matière d'efficacité des systèmes de santé (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019).

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour en France est restée relativement stable depuis dix ans, car elle était déjà faible à la fin des années 2000, alors qu'elle a considérablement reculé dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2021). Enfin, la durée moyenne de séjour particulièrement longue au Japon (16,4 jours) peut s'expliquer par une prise en charge forte de la dépendance sévère dans ce pays, principalement dans des unités de soins de longue durée intégrées à l'hôpital (*fiche 33*). ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2020

Nombre de lits pour 1000 habitants (axe de gauche) et durée moyenne de séjour en jours (axe de droite)



* Données 2019 ; ** moyenne UE-15 calculée hors Royaume-Uni, Danemark et Grèce (données non disponibles pour au moins une des composantes) ; *** pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

Lecture > L'Allemagne, en 2020, possède en moyenne 5,9 lits pour 1 000 habitants et la durée moyenne de séjour en soins aigus est de 7,4 jours.

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

Encadré Définitions

Les **soins courants à l'hôpital** correspondent aux soins hospitaliers et aux hospitalisations de jour. Les soins hospitaliers sont définis par l'OCDE comme étant 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 incluent les soins curatifs, psychiatriques et de réadaptation.

Les **hospitalisations partielles** sont des venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, pour des séjours dont la durée ne dépasse pas une journée (hors séances). À l'inverse, on parle d'**hospitalisation complète** lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.

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** correspondent aux lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont inclus les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Les lits des établissements de soins longue durée ne sont cependant pas pris en compte.

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. Ils sont différents des lits de soins intensifs, ensemble plus restreint qui concerne des prises en charge plus lourdes pour des patients en état critique. 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, traitent donc ces séjours 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). Pour ces pays, les lits de soins aigus incluent uniquement les **lits pour soins curatifs somatiques**, autrement dit, les seuls lits réservés à la prise en charge des maladies physiques (par opposition aux maladies psychiques). La **durée moyenne** des séjours porte uniquement sur les séjours d'au moins une nuit.

Pour en savoir plus

- > **Del Carmen Rodríguez Blas, M.** (2022). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020: Principales resultados*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, marzo.
- > **INE** (2022, juillet). Despesa corrente em saúde aumentou 12,2% em 2021, atingindo 11,2 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.
- > **Marc, C., Héam, J.-C., Mikou M. et Portela, M.** (2020). *Les dépenses de santé en 2020 – édition 2021*. Paris, France : DREES, Panoramas de la DREES-Santé.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : édition OCDE.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2019). *Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies Edition.
- > **Service Public Fédéral – Sécurité sociale** (2021, mai). Dépenses de santé : nouveaux chiffres pour 2019. *Focus sur les chiffres*, 10.