

En 2019, la France a consacré 3,5 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins courants à l'hôpital, soit une part supérieure à celle observée en moyenne dans les pays de l'Union européenne des Quinze (UE-15). Après un ralentissement dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2014 et 2018, les dépenses hospitalières ont été dynamiques en 2019, en particulier en Belgique, aux Pays-Bas et en Espagne (+7 % ou plus). En France, cette croissance est plus modérée : +2,3 % en 2019. Néanmoins, entre 2009 et 2019, au regard du rebond de la croissance économique, l'effort national des économies pour leur système hospitalier a été limité. Depuis 2009, la part du PIB consacrée à l'hôpital a diminué de 0,4 point aux États-Unis et de 0,1 point en France. En matière de politique hospitalière, la tendance reste à la recherche de l'efficacité et à la baisse des durées moyennes de séjour en soins aigus ainsi qu'à la réduction du nombre de lits.

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

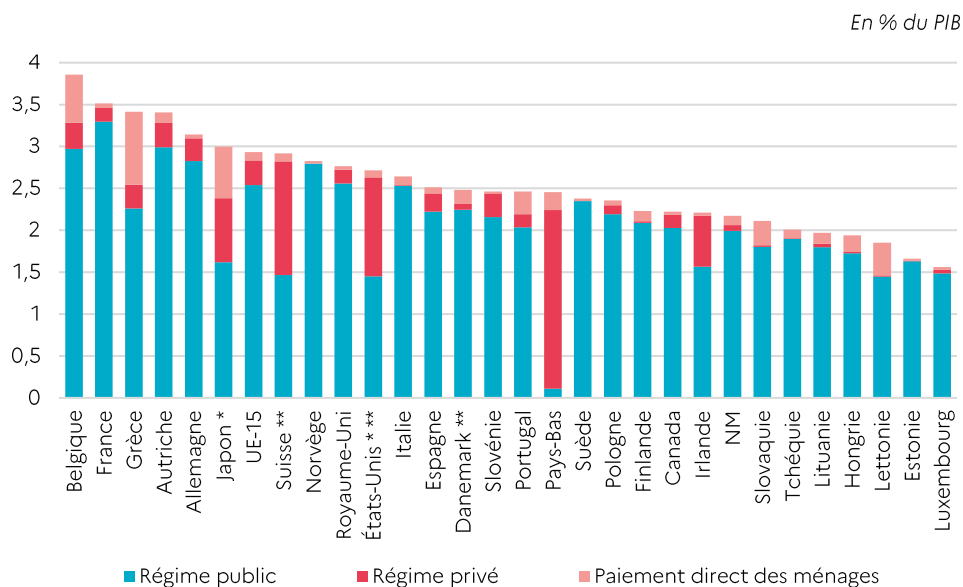
Les soins courants à l'hôpital (*encadré 1*) représentent le premier poste de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) dans la plupart des pays de l'UE-15 (29 % en moyenne dans l'UE-15) [voir fiche 23]. La France est au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à 32 % et elle occupe la deuxième place des pays de l'OCDE pour la part de PIB consacrée aux soins courants à l'hôpital (3,5 %) [*graphique 1*]. En comparaison, les dépenses de soins hospitaliers publics et privés et les hospitalisations de jour représentent 2,9 % du PIB de l'UE-15 en moyenne (*graphique 1*). Les États-Unis<sup>1</sup> et le Japon se situent dans cette moyenne (respectivement 2,7 % et 3,0 %). La Belgique, premier des pays européens y consacre 3,9 % de son PIB, dont près d'un point aux soins hospitaliers de jour<sup>2</sup>. Les dépenses hospitalières représentent en revanche une plus 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 (PPA) et par habitant, la hiérarchie des pays est largement modifiée. En France, 1 004 euros annuels PPA par habitant sont consacrés aux soins courants

hospitaliers, soit 7 % de plus qu'en moyenne dans l'UE-15, mais 30 % de moins qu'en Allemagne (1 303 euros en parité de pouvoir d'achat [PPA]) [*graphique 2*]. Rapportées 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 également dans les pays du nord de l'Europe (Danemark et Suède). Ces pays ont depuis longtemps développé les prises en charge en chirurgie ambulatoire qui nécessitent 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 (12 % de moins). Dans le cas de la France, on observe un « virage » vers une chirurgie ambulatoire depuis plus d'une dizaine d'années : 95 % des opérations de la cataracte et presque 40 % des amygdalectomies sont effectuées en chirurgie ambulatoire en 2019. En Allemagne, ces opérations sont plus souvent réalisées en hospitalisation complète. À la différence de la France, seulement 80 % des opérations de la cataracte et moins de 10 % des amygdalectomies sont réalisées en hospitalisation partielle en Allemagne (OCDE, 2019). Ce pays n'a pas encore amorcé un « virage » ambulatoire à la hauteur de celui réalisé en France. La durée d'hospitalisation y est d'ailleurs plus élevée (+1 jour en moyenne en 2019, voir *supra*), ce qui mobilise davantage de lits.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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).

**Graphique 1** Répartition des dépenses des soins courants à l'hôpital en 2019, selon le régime de financement (en % du PIB)

\* Données 2018. \*\* 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.

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

La Commission européenne, dans son dernier rapport sur les systèmes de santé, avait 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*, 2019b).

### 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 : 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 (46 %), aux États-Unis (46 %) et aux Pays-Bas<sup>1</sup> 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 (RAC) 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 (15 %), en Lettonie (21 %) et en Grèce (25 %). En France<sup>2</sup>, au Royaume-Uni et en Allemagne, le RAC est quasiment nul : respectivement 1,9 %, 1,5 % et 1,4 % des dépenses des soins courants à l'hôpital en 2019.

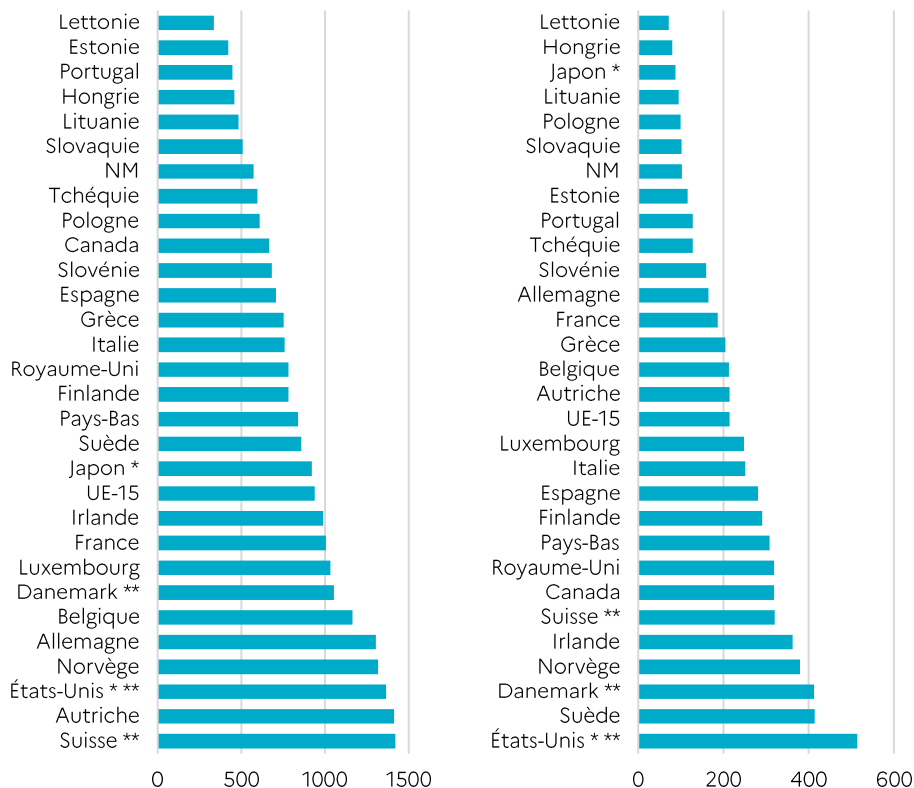
<sup>1</sup> L'assurance santé aux Pays-Bas est gérée par des sociétés d'assurance privées, sous la tutelle de l'Autorité néerlandaise de soins de santé. Toute personne y résidant est obligatoirement tenue de

souscrire une assurance maladie de base auprès d'un assureur de soins.

<sup>2</sup> Le RAC pour la France mesuré ici est issu des comptes de la santé – édition 2021.

## Graphique 2 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2019 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 (graphique de gauche) et en milliers d'euros par lit d'hôpital (graphique de droite)



\* Données 2018. \*\* 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.

### 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<sup>1</sup>, près de 8 lits sur 10 dans l'UE-15, comme aux États-Unis,

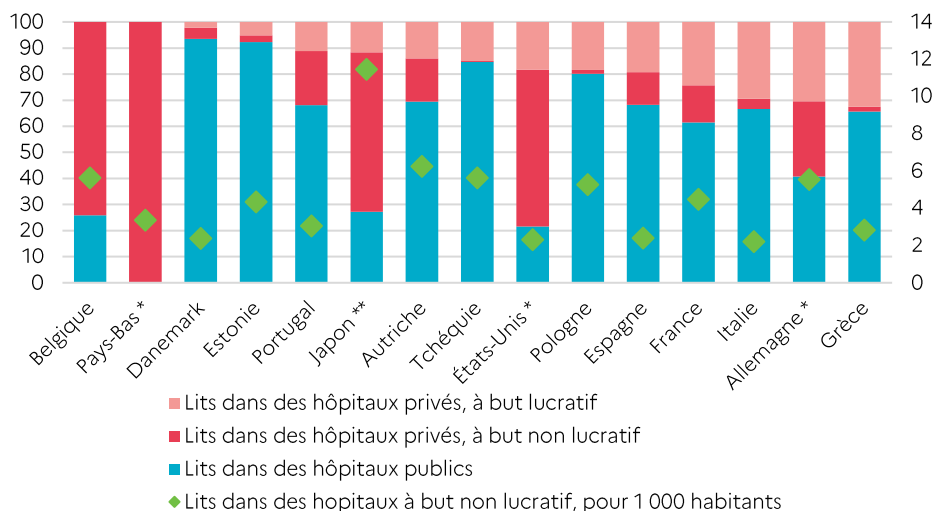
sont dans des institutions sans but lucratif (graphique 3). En France, c'est le cas de 75% des lits. La répartition des lits entre le public et le privé, au sein de ces institutions non lucratives, diffère selon les pays. Aux États-Unis, au Japon, aux Pays-Bas ou encore en Belgique, ce sont les établissements 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.

<sup>1</sup> Les données de ce paragraphe n'ont pas été actualisées pour l'année 2019. Très stables dans le

temps, elles ne nécessitent pas d'être actualisées chaque année.

### 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 1000 habitants quelque 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).

**Note >** Les données de ce graphique n'ont pas été actualisées pour l'année 2019.

**Lecture >** En France, en 2018, 62 % des lits à l'hôpital sont dans des établissements publics, 14 % dans des établissements privés sans but lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif (cliniques). 4,5 lits pour 1000 habitants sont proposés dans des établissements sans but lucratif.

**Sources >** OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

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, on assiste en Allemagne 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 de la gestion des hôpitaux du fait de difficultés économiques au profit du privé (Kahmann, 2015).

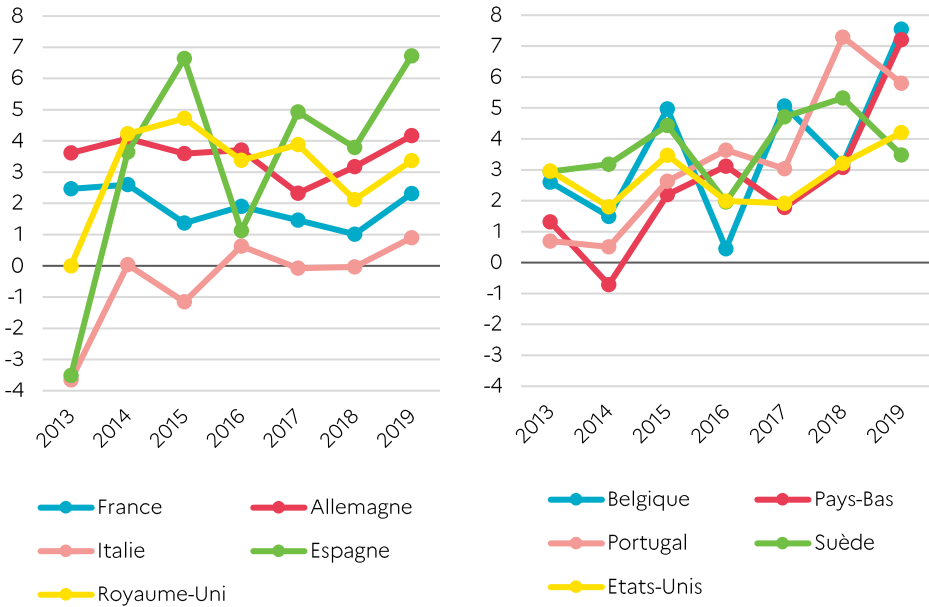
#### 2019, une année plutôt dynamique en matière de dépenses hospitalières dans de nombreux pays de l'OCDE

La situation française en matière de soins à l'hôpital se caractérise de 2015 à 2018 par un ralentissement des dépenses en valeur (*graphique 4*), ainsi qu'en volume (Marc, et al., 2020 et fiche 15). Un léger rebond est observé en

2019 (+2,1%), essentiellement lié au dynamisme des prix qui s'explique notamment par l'augmentation des tarifs des séjours hospitaliers qui avaient diminué en 2017 et 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 2019, 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. Si, à l'instar de l'Italie, l'Espagne et le Portugal ont fait des économies dans leurs dépenses hospitalières après 2007, ils ont ensuite relancé leurs consommations. Ainsi, au Portugal, les dépenses hospitalières ont augmenté de 6 % en 2019 (en euros constants) après une hausse de 8 % en 2018 et 6 % en 2017. Deux facteurs y contribuent : l'augmentation de la consommation intermédiaire par les hôpitaux et celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires, développement des carrières) [INE, 2020].

**Graphique 4** Évolution annuelle moyenne des soins courants à l'hôpital entre 2013 et 2019

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

**Lecture** > En 2019, les dépenses hospitalières ont augmenté de 5,8% au Portugal en euros courants.**Sources** > OCDE, Eurostat, OMS, Systèmes internationaux des comptes de la santé (SHA); OCDE, Comptes nationaux.

Les mêmes raisons sont mobilisées pour expliquer la hausse des dépenses en soins hospitaliers en Espagne (Del Carmen Rodríguez Blas M., 2021). Pour l'année 2019, la croissance de la consommation de soins hospitaliers est de 7% en Espagne. De nombreux pays connaissent des augmentations plus fortes : +7,5% et +7,2% pour la Belgique et les Pays-Bas par exemple. De 2013 à 2019, en Allemagne, la croissance en valeur varie de 2% à 4% par an des dépenses hospitalières (4,2% en 2019).

### Les dépenses hospitalières augmentent peu par rapport au PIB

Rapporter l'évolution des dépenses en santé à celles du PIB permet d'évaluer l'effort national dans les soins de santé et, ici, dans les soins hospitaliers. Entre 2007 et 2019, les évolutions de ce ratio vont de -0,2 point de PIB pour les États-Unis à +0,6 point pour le Japon et +1,1 point pour la Belgique (graphique 5). La crise de 2008-2009, du fait de la rétractation du PIB, a eu un net impact à la hausse sur le poids relatif des dépenses dans tous les pays. Depuis 2009, ce

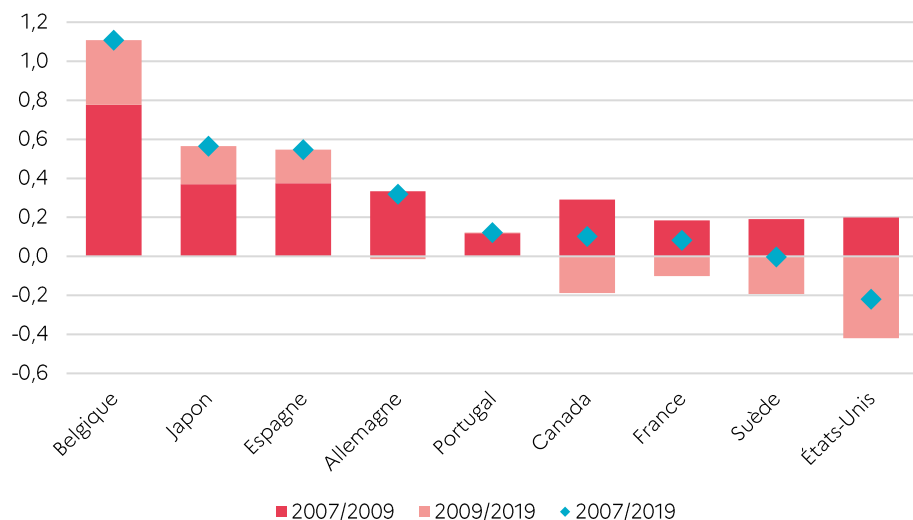
poids diminue ou stagne un peu partout, exception faite de la Belgique, du Japon et de l'Espagne. Aux États-Unis, le poids des dépenses pour les soins courants à l'hôpital diminue de -0,4 point de PIB entre 2009 et 2019, et de -0,1 point en France. Pour autant, hormis aux États-Unis et en Suède, ce repli n'efface pas le choc haussier dû à la récession consécutive à la crise de 2008-2009.

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

En 2019, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants est de 3,4 en moyenne dans l'UE-15, légèrement supérieur aux 3 lits pour 1 000 habitants en France (graphique 6). Le Japon arrive en tête du classement avec 7,7 lits pour 1 000 habitants, suivi de l'Allemagne (6 lits en 2019). Les NM disposent tous d'un nombre de lits par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE-15 (de 3,1 pour la Lettonie à 5,2 pour la Lituanie).

**Graphique 5** Évolution des dépenses de soins hospitaliers en fonction du PIB entre 2007 et 2019

En points de pourcentage du PIB



**Lecture** > Les États-Unis ont consacré 0,20 point de pourcentage de leur PIB en plus en 2009 par rapport à 2007, et 0,42 point de moins entre 2009 et 2019, ce qui porte l'évolution totale sur la période à une diminution de 0,22 point de pourcentage.

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

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, 95 % des opérations de la cataracte sont réalisées avec une hospitalisation partielle (sans nuit à l'hôpital). Cette part est supérieure à 50 % dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie,

Pologne et Hongrie) et proche des 80 % en Allemagne. Par ailleurs, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est un indicateur d'efficacité du système hospitalier intéressant. En 2019, 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, et nettement moins élevée qu'en moyenne au sein de l'UE-15 (6,5 jours) ainsi qu'en Allemagne ou au Canada (respectivement 7,5 jours et 7,7 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 29). ■

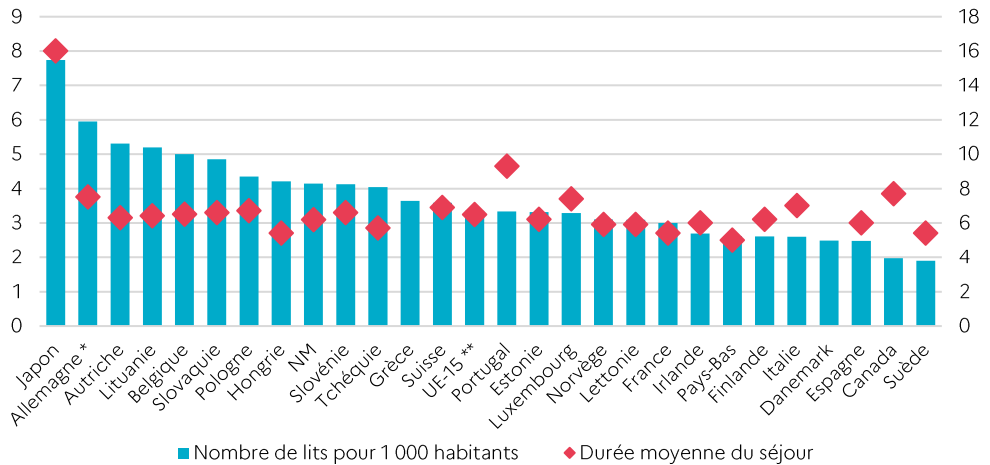
**Graphique 6** Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2019

Nombre de lits pour 1000 habitants

et durée moyenne de séjour en jours

(axe de gauche)

(axe de droite)



\* Données 2018. \*\* Moyenne UE-15 calculée hors Royaume-Uni (données non disponibles).

**Champ** > UE-15 (hors Royaume-Uni), NM (hors Bulgarie, Chypre, Croatie, Malte, Roumanie), Canada, Japon, Norvège, Suisse.**Sources** > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.**Encadré 1** 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 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 partielles** sont des venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, pour des séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances). A 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** 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. 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'arrivant 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.

**Pour en savoir plus**

- > **Del Carmen Rodríguez Blas M. (2021).** Estadística de Gasto Sanitario Público 2019: Principales resultados, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, marzo.
- > **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).
- > **Marc C., Héam J.-C., Mikou M. et Portela M. (2020).** Les dépenses de santé en 2019 – édition 2020, *Panoramas de la DREES*.
- > **OCDE (2019),** Panorama de la santé 2019. 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.
- > **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.
- > **Service Public Fédéral – Sécurité sociale (2021).** Dépenses de santé : nouveaux chiffres pour 2019. *Focus sur les chiffres*, 10, mai.