

En France, la part des dépenses hospitalières est supérieure de 3 points à la moyenne de l'UE-15

En 2016, les **soins hospitaliers** publics et privés et les **hospitalisations de jour** représentent 38 % de la **dépense individuelle de soins et de biens médicaux** en moyenne dans l'UE-15. C'est le premier poste de dépense dans la plupart des pays de l'UE et au Japon. En France, la part des dépenses hospitalières (41 %) est supérieure à la moyenne de l'UE-15 (*graphique 1*). En revanche, soins hospitaliers et hospitalisations de jour représentent moins de 30 % des dépenses individuelles de soins et de biens médicaux au Canada (29 %, au Portugal (28 %) et aux États-Unis (22 %). Dans ces trois pays, ainsi qu'en Espagne, en Suède, en Finlande et aux Pays-Bas, les soins ambulatoires constituent le premier poste de dépense. 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.

Au cours des années 1980-2004, la part des dépenses hospitalières au sein des dépenses de santé a globalement diminué dans l'UE, en particulier en Italie et aux Pays-Bas (Hoorens, 2008). Cette diminution résulte de politiques de maîtrise des dépenses du secteur hospitalier (réduction du nombre de lits et restructuration de l'offre de soins, budgétisation des dépenses), mais aussi de la croissance plus rapide des dépenses de médicaments. Au cours de la période plus récente de 2006 à 2016, la part des dépenses hospitalières est stable dans la plupart des pays. Elle a toutefois diminué (de l'ordre de 5 points en dix ans) aux États-Unis, et dans certains des pays entrés dans l'UE en 2004 (Estonie, Lettonie et République tchèque).

Une recherche d'efficacité accrue : réduction du nombre de lits et des durées d'hospitalisation

À partir des années 2000, les réformes privilégient la recherche d'une meilleure efficacité dans l'organisation des soins et une responsabilisation accrue des acteurs. 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 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. En 2016, plus de 95 % des opérations de la cataracte sont réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation de jour dans la majorité des pays considérés (92 % en France). Ces parts ne sont inférieures à 65 % que dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie, Pologne, Hongrie et République slovaque). 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 2006 et 2016 (*graphique 2*). Au cours de cette période, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 4,2 à 3,8 au sein de l'UE-15 (hors Royaume-Uni), de 3,6 à 3,1 en France, de 2,8 à 2,5 aux États-Unis et de 8,3 à 7,8 au Japon.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un court séjour tend à diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, donc un coût journalier supérieur. En 2016, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte (*graphique 2*) : 5,6 jours (voir fiche 20), un peu plus qu'aux États-Unis (5,5 jours), mais nettement moins qu'en Allemagne ou au Canada (7,5 jours). Cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France entre 2006 et 2016, car déjà faible, alors qu'elle a parfois baissé considérablement dans les autres pays de l'OCDE. Au Japon, la durée moyenne des séjours est passée de 19,2 à 16,3 jours pendant cette période. Cette durée exceptionnellement longue peut être rapprochée du mode de prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays. Dans l'UE, elle a baissé de deux jours ou plus en Suisse, en Norvège et aux Pays-Bas.

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, d'autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades. Elle correspond à la DCSI (voir fiche 31) hors soins de longue durée, dépenses de prévention, de gouvernance et d'administration.

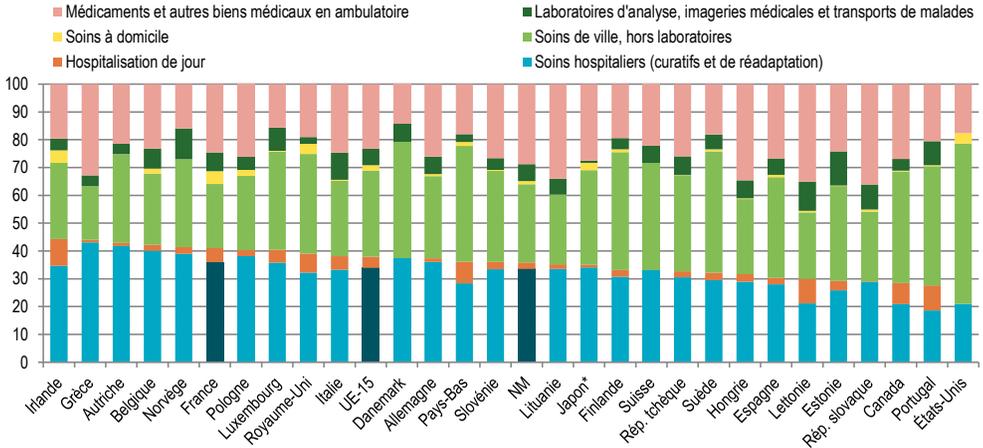
Les **soins hospitaliers** sont définis par l'OCDE comme les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement ou des soins, pour un séjour prévu d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement. Ils comprennent les soins curatifs, 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 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, ces séjours sont traités de manière hétérogènes. La durée moyenne des séjours porte sur les séjours d'au moins une nuit.

Pour en savoir plus

- > Hoorens, D. (dir.) (2008). *Les hôpitaux dans les 27 pays de l'Union Européenne*. Dexia Éditions.
- > OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017*. Paris, France : édition OCDE.
- > Programme de qualité et d'efficacité « maladie » (Annexe 1 du PLFSS pour 2018), indicateurs n°11, 4-8, et 4-10.

Graphique 1 Dépense individuelle de soins et de biens médicaux par type de soins en 2016

En %



* Données 2015.

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

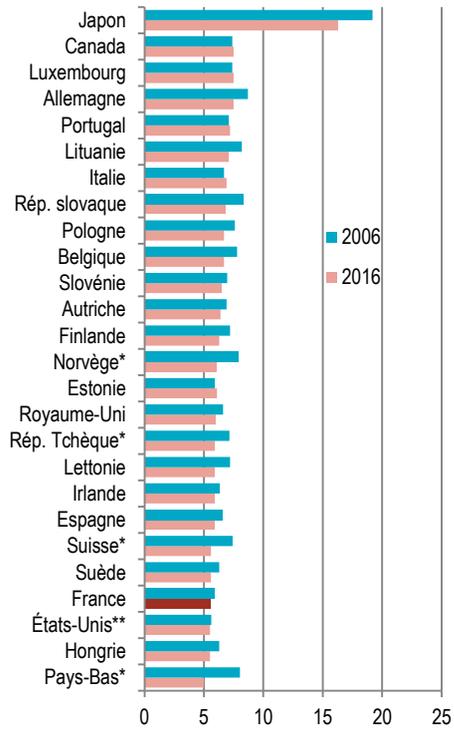
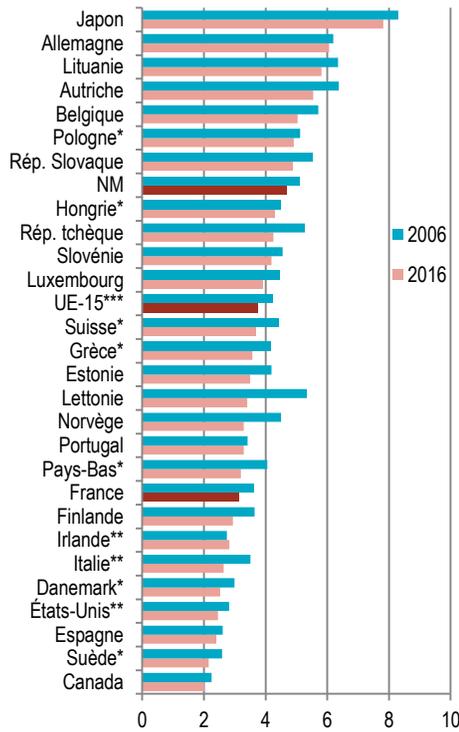
Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

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

Graphique 2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2006 et 2016

Nombre de lits pour 1 000 habitants

Durée moyenne par séjour (nombre de jours)



* Données 2006 corrigées des ruptures de série ; ** Données 2015 ; *** Hors Royaume-Uni (non disponibles).

* Données 2006 corrigées des ruptures de série ; ** Données 2015.

Note > De nombreux pays n'arrivent pas à faire la distinction entre soins curatifs et non curatifs pour les lits en psychiatrie. Pour la France, comme la Grèce et le Japon, les séjours en psychiatrie sont exclus dans leur totalité du calcul. À l'inverse, 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.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.