

En 2020 et 2021, les dépenses hospitalières augmentent fortement dans la quasi-totalité des pays étudiés, du fait de la crise sanitaire. En 2021, cette hausse est particulièrement élevée à Chypre, en Lettonie et en Croatie. La France consacre 3,3 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins courants à l'hôpital, un peu plus que la moyenne des pays de l'UE-14 (3,1 %). 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-14 (2,9 lits contre 3,2 pour 1 000 habitants) et la durée d'hospitalisation en soins aigus est parmi les plus basses d'Europe (5,6 jours contre 6,6 en moyenne dans les pays de l'UE-14).

Dans la partie France des comptes de la santé, les dépenses de santé hospitalières correspondent aux dépenses réalisées par les hôpitaux¹ hors soins de longue durée, achats de masques pour les hôpitaux et médicaments de rétrocession.

Dans un objectif de comparaison 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. Concrètement, les fonctions spécifiques de dépenses « soins courants en hospitalisation de jour » et « soins courants dans le milieu hospitalier » (*encadré*) ont été isolées parmi les dépenses de soins courants.

En 2021, les dépenses hospitalières augmentent de nouveau fortement du fait de la crise sanitaire

Les dépenses hospitalières en forte hausse pour la deuxième année consécutive...

Dans la totalité des pays étudiés, les dépenses hospitalières ont augmenté en 2021 en raison de la crise sanitaire du Covid-19 (*graphique 1*). Pour dix d'entre eux (sur 31), l'augmentation a même dépassé 10 % (+50,9 % à Chypre, +34,7 % en Lettonie, et +33,2 % en Croatie).

Les dépenses hospitalières avaient déjà fortement augmenté dans la quasi-totalité des pays en 2020, à l'exception de la Finlande, de la Slovaquie, de la Pologne et de la Suisse, dans des proportions similaires (11 pays affichaient des taux de croissance supérieurs à 10 %).

En France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 6,0 % en 2021 (après +6,3 % en 2020). Cette accélération en 2021 coïncide avec un rebond du volume d'activité à l'hôpital et avec les revalorisations salariales mises en œuvre lors du Ségur de la santé, conjointement à une baisse du montant des mesures salariales exceptionnelles qui avaient été mises en place dans le cadre de la gestion de la

crise sanitaire. Les cliniques privées ont également bénéficié d'un rebond de leur activité, de revalorisations tarifaires en 2021 afin de compenser les hausses de salaires liées au Ségur, ainsi que d'une garantie de financement.

En Allemagne, les dépenses hospitalières augmentent de 0,7 % en 2021, mais après une augmentation de 9,5 % en 2020 et une croissance soutenue entre 2010 et 2019 (+3,6 % par an en moyenne).

... après une période de faible croissance, voire de stagnation, des dépenses hospitalières

Les rythmes d'accroissement observés en 2020 et 2021 sont globalement nettement supérieurs à ceux observés avant la crise sanitaire (*graphique 1*) : entre 2010 et 2019, la croissance des dépenses hospitalières était en moyenne de 1,8 % par an dans les pays de l'Union européenne à 14 (UE-14) [*voir glossaire*]. Sur cette période, les dépenses hospitalières avaient augmenté sensiblement moins en France (+0,2 % par an en moyenne) ; à l'inverse, elles avaient augmenté de 4,5 % par an en moyenne en Belgique.

En Grèce, les dépenses hospitalières avaient même baissé entre 2010 et 2019, consécutivement à la crise économique de 2008 (-3,3 % par an). Avec la crise sanitaire, les dépenses sont toutefois reparties à la hausse dans ce pays (+5,6 % en 2021).

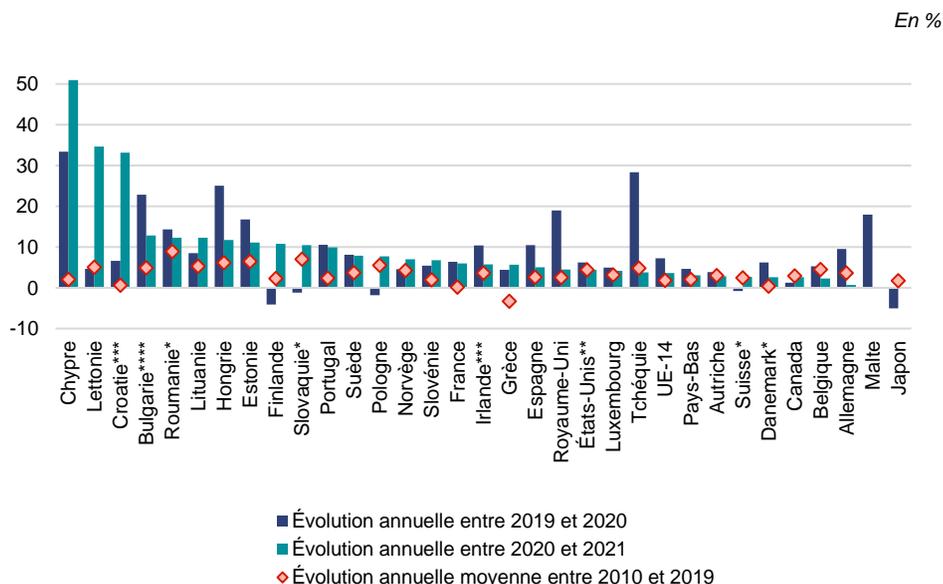
Si à l'instar de la Grèce, l'Espagne et le Portugal ont maîtrisé leurs dépenses hospitalières à la suite de la crise économique de 2008, ils ont nettement relancé leur consommation ces dernières années, et de façon encore plus prononcée en 2020 et 2021 : respectivement +10,5 % et +5,1 % en Espagne et +10,6 % et +10,0 % au Portugal.

¹ Dans la nomenclature du System of Health Accounts (SHA), les hôpitaux correspondent à un prestataire de santé (*voir annexe 1*).

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).

Graphique 1 Évolution des soins courants à l'hôpital en 2021, en 2020 et entre 2010 et 2019



* En milieu hospitalier uniquement ; ** 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 ; *** Évolution 2011-2019 ; **** Évolution 2012-2019.

Note > Pour l'évolution annuelle moyenne entre 2010 et 2019, la moyenne des NM-13 a été calculée hors Malte.

Lecture > En 2021, en France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 6,0 %, après +6,3 % en 2020. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 0,2 % par an en moyenne.

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

Dans la quasi-totalité des pays étudiés, un financement des hôpitaux majoritairement public

Dans la très grande majorité des pays étudiés, plus de 80 % 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.

L'assurance privée (obligatoire ou facultative) participe au financement de ces soins pour plus de 10 % dans seulement quatre pays de l'OCDE : en Suisse (47 %), aux États-Unis (41 %), en Irlande (22 %) et

aux Pays-Bas où elle finance la quasi-totalité des frais hospitaliers (86 %)¹.

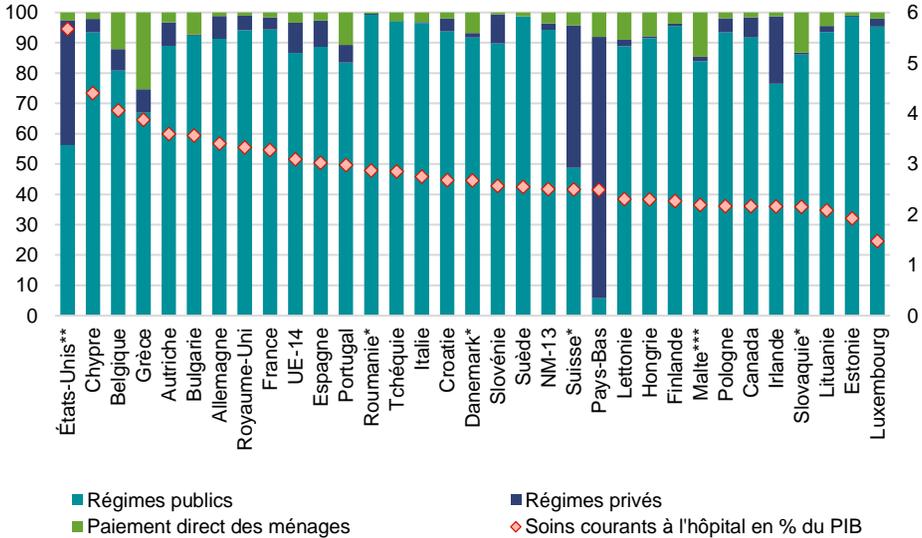
Après financement de l'État, des assurances maladie et des assurances privées obligatoires, le reste à charge (RAC) des ménages est très faible pour les soins courants à l'hôpital : il est inférieur à 10 % dans la très grande majorité d'entre eux. Il reste néanmoins élevé en Grèce (25 %), en Belgique (12 %), au Portugal (11 %), à Malte (15 %) et en Slovaquie (13 %). Le RAC des ménages est en revanche quasiment nul en France (1,6 %), en Allemagne (1,1 %) et au Royaume-Uni (1,1 %) en 2021.

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.

Graphique 2 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2021 par habitant

En % des dépenses de soins courants à l'hôpital (à gauche) et en % du PIB (à droite)



* En milieu hospitalier uniquement ; ** 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 ; *** Données 2020.

Lecture > En France, en 2021, les dépenses de soins courants à l'hôpital représentent 3,3 % du PIB, dont 94 % financées par des régimes publics, 4 % par des régimes privés et 2 % par le reste à charge des ménages.

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

Les dépenses de soins courants à l'hôpital par habitant varient largement entre les pays étudiés, mais les volumes de soins semblent converger

Les États-Unis ont des dépenses de soins courants en euros deux fois supérieures au reste des pays étudiés

En 2021, la France consacre 1 220 euros par an et par habitant pour les soins courants hospitaliers (en euros courants). C'est moins que l'Allemagne (1 470 euros) et beaucoup moins que les États-Unis (3 950 euros), mais un peu plus que le Royaume-Uni, la Finlande, l'Espagne (respectivement 1 120, 1 030 et 770 euros par habitant et par an) et que les NM-13 (370 euros en moyenne par habitant et par an) [graphique 3]. De manière générale, les écarts entre les pays sont très élevés : la consommation de soins hospitaliers aux États-Unis est ainsi près de 3,2 fois supérieure à celle de la France.

Une réduction significative des différences pour les dépenses hospitalières exprimées en PPA santé

Cet indicateur en euros courants ne permet toutefois 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 de corriger les différences de prix des produits et services hospitaliers et d'apprécier les différences de volume de soins consommés à l'hôpital dans les pays étudiés, les dépenses de soins hospitaliers ont été exprimées en parités de pouvoir d'achat, restreintes au domaine hospitalier (PPA services hospitaliers¹) [voir glossaire]. Cette correction réduit les différences entre les pays : les pays qui pratiquent les prix les plus élevés en euros courants (États-Unis, Norvège, Suisse) et ceux qui pratiquent les prix les plus faibles (Lettonie, Pologne, Bulgarie) convergent vers des niveaux plus proches de volumes de soins. À titre d'exemple, la prise en compte des prix relativement élevés pratiqués aux États-Unis réduit l'écart avec la France (pays de référence dans notre analyse), même si les États-Unis restent les plus grands consommateurs

¹ Cette mesure consiste à identifier un panier de biens et services de services hospitaliers standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant, afin de tenter de mesurer et de neutraliser les

différences de consommation et de prix spécifiques au secteur des services hospitaliers.

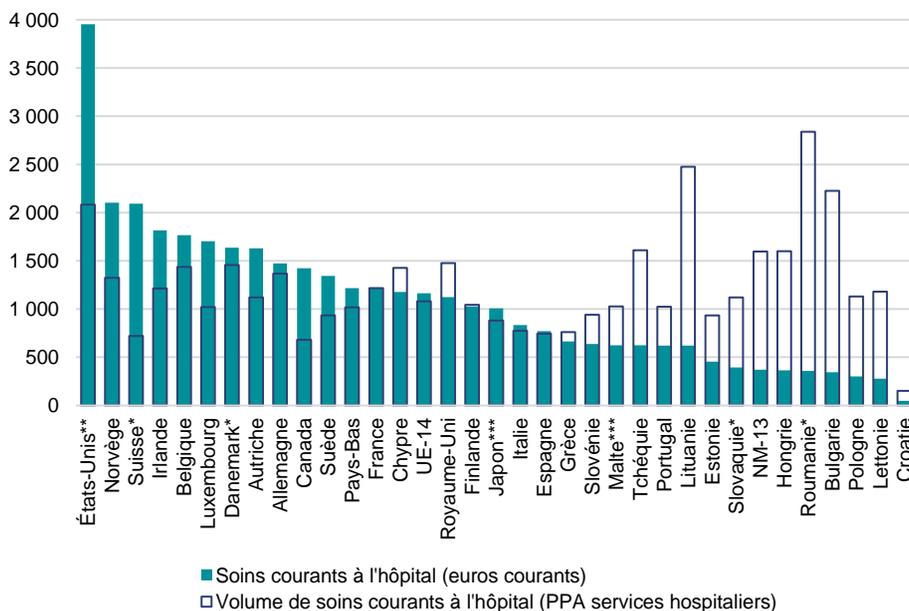
de services de santé hospitaliers parmi les pays étudiés. Ainsi, si les dépenses de soins hospitaliers par habitant aux États-Unis sont 3,2 fois supérieures à celles de la France, ce ratio diminue à 1,7 fois en corrigeant des PPA santé (2 080 euros PPA santé aux États-Unis contre 1 220 euros PPA santé par habitant et par an en France), soit une réduction de l'écart initial de près de la moitié.

D'autre part, si les NM-13 consacrent en moyenne 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 est en termes de vo-

lume de soins hospitaliers consommés est marginale : ils bénéficient ainsi d'un volume de soins relativement similaire (respectivement 1 220 et 1 600 euros en PPA services hospitaliers en France et en moyenne dans les NM-13). En pratique, les différences observées en euros courants entre la France et les NM-13 sont majoritairement dues au faible coût de la main-d'œuvre dans les pays d'Europe centrale et orientale. 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 nécessairement plus faibles.

Graphique 3 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2021 par habitant et volume de soins

En euros courants et en PPA services hospitaliers par habitant



* En milieu hospitalier uniquement ; ** 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 ; *** Données 2020.

Note > 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 2021, chaque habitant consomme 3 950 euros courants et 2 080 euros en PPA services hospitaliers (voir 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, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; calculs DREES.

Une offre d'hospitalisation répartie entre hôpitaux publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif

Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. En Europe, trois types de structure sont possibles pour les hôpitaux : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés sans but lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations) et les hôpitaux privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjours avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en grande partie proposée par des institutions hospitalières sans but lucratif dans les pays 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).

La répartition des lits entre le public et le privé diffère toutefois selon le pays. La majorité des pays fonde la quasi-totalité de leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics : au Royaume-Uni, au Canada, en Slovaquie, en Lituanie, en Croatie, en Finlande, en Estonie, en Danemark et en Lettonie les établissements publics offrent plus de 90 % des lits d'hôpitaux (contre 61 % en France). Aux Pays-Bas, en Belgique et aux États-Unis, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui mettent à

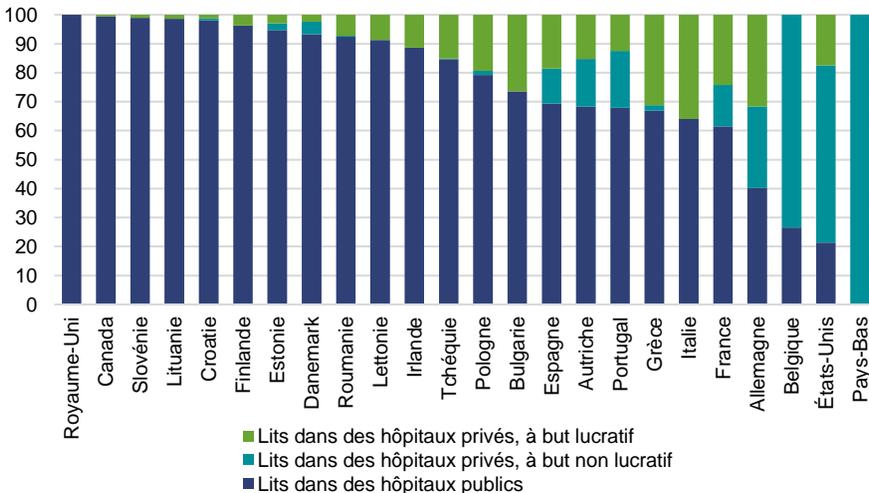
disposition le plus de lits (respectivement 100 %, 73 % et 61 %). Les Pays-Bas ont ainsi confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif. Le reste des pays s'appuie à la fois sur le secteur public et le secteur privé.

Par ailleurs, 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 Italie, en Allemagne, en Grèce, en Bulgarie et en France : dans ces pays, respectivement 36 %, 32 %, 31 %, 26 % et 24 % des lits sont proposés par des institutions privées à but lucratif, témoignant ainsi de grandes disparités au sein de l'Europe en matière de gestion de l'offre de lits.

Si l'État régule l'offre hospitalière dans la plupart des pays, de nouveaux statuts apparaissent en Europe et favorisent une autonomie de gestion des établissements de santé plus ou moins étendue (Haute autorité de santé, 2009). En Allemagne, depuis le début des années 2000, les *Länder* et les communes – qui avaient traditionnellement la charge de l'infrastructure hospitalière – se désengagent de plus en plus souvent de la gestion des hôpitaux au profit de compagnies privées à cause de difficultés économiques (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits selon la structure hospitalière en 2021

En %



Lecture > En France, en 2021, 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.

Sources > OCDE, Eurostat, statistiques sur la santé : Ressources en santé (Healthcare resources, OCDE).

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

Un nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants très variable entre les pays

En 2021, le nombre de lits de soins aigus (*encadré*) pour 1 000 habitants s'établit à 3,2 en moyenne dans les pays de l'UE-14 ; 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 la Bulgarie (6,7 lits) et l'Allemagne (5,8 lits pour 1 000 habitants en 2021). De manière générale, les NM-13 disposent d'un nombre de lits de soins aigus par habitant plus élevé que la moyenne des pays de l'UE-14 (4,3 lits, contre 3,2 lits pour 1 000 habitants). À l'inverse, les pays du nord de l'Europe et ceux bénéficiant d'un service national de santé ont en moyenne moins de lits pour 1 000 habitants : respectivement 1,5, 1,9, 2,0 et 2,2 en Suède, au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas. Si le nombre de lits en soins aigus donne une indication des ressources disponibles pour fournir des services aux patients hospitalisés, il n'est néanmoins pas l'indicateur d'efficacité le plus pertinent pour évaluer l'organisation et la qualité des soins. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont contribué au développement de la chirurgie ambulatoire (virage ambulatoire), ce qui a permis de réduire le nombre de lits. Cette diminution s'inscrit aussi dans une stratégie plus vaste de réduction du nombre d'hospitalisations ces dernières années. Ces innovations permettent de diminuer certaines dépenses hospitalières en limitant le nombre de lits nécessaires ou en raccourcissant la durée des séjours. 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 amygdalotomies illustrent ce point : en 2020, en France, 97 %

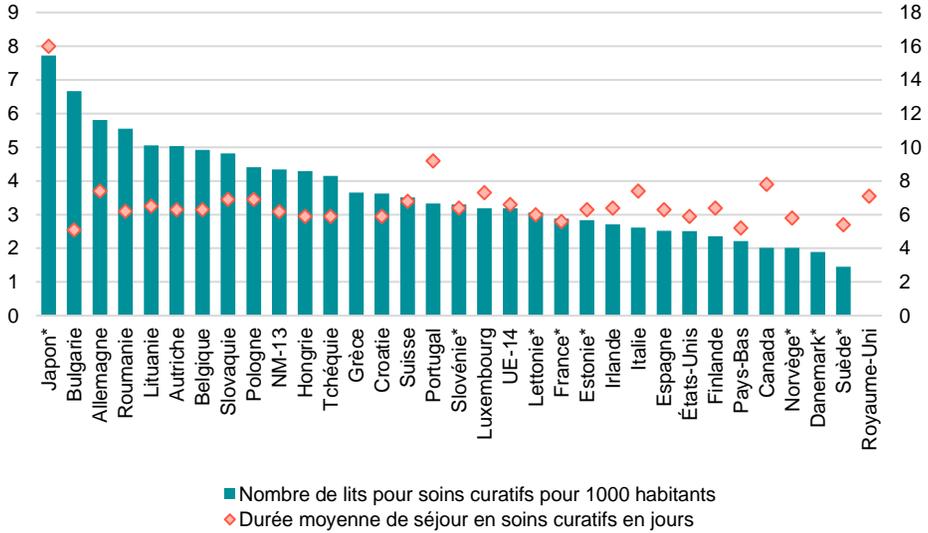
des opérations de la cataracte et 41 % des amygdalotomies sont réalisées avec une hospitalisation partielle (c'est-à-dire sans nuit à l'hôpital). Cette part varie entre 60 % et 70 % pour la chirurgie de la cataracte et est proche de 0 % pour la chirurgie des amygdales dans certains pays d'Europe de l'Est (et notamment la Lituanie et la Hongrie qui comptent respectivement 5,1 et 4,3 lits pour 1 000 habitants). En Allemagne, ces opérations sont également plus souvent réalisées en hospitalisation complète : en 2020, seulement 87 % des opérations de la cataracte et 16 % des amygdalotomies sont réalisées en hospitalisation partielle. Avec 5,8 lits pour 1 000 habitants, l'Allemagne n'a pas opéré jusqu'à présent un virage ambulatoire à la hauteur de celui réalisé en France.

Des durées moyennes d'hospitalisation plus homogènes, malgré quelques exceptions

La durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est également considérée comme un indicateur pertinent d'efficacité du système hospitalier, les séjours de trop longue durée pouvant résulter d'une mauvaise coordination des soins. En 2021, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus en France est de 5,6 jours (*graphique 5*). Cette durée est similaire à celle des Pays-Bas (5,2 jours) et de la Suède (5,4 jours) mais elle est inférieure à la moyenne des pays de l'UE-14 (6,6 jours). La durée d'hospitalisation en Allemagne est supérieure à celle observée en France (7,4 jours). 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 de leur système de santé (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Enfin, la durée moyenne de séjour particulièrement élevée au Japon (16 jours) s'explique par une prise en charge forte de la dépendance sévère dans ce pays et par une hausse du rôle des hôpitaux ayant une fonction similaire à des établissements de soins de longue durée (*fiche 36*). ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2021

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



* Pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

Lecture > En 2020, l'Allemagne 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, statistiques sur la santé : Ressources en santé (Healthcare resources, OCDE).

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, de réadaptation et psychiatriques.
- > 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 **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 **lits d'hôpital** correspondent aux lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, 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, hors 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'arrivent pas à faire la distinction entre soins curatifs et soins non curatifs pour les lits en psychiatrie, ces séjours sont traités de manière hétérogène. Ainsi, la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède incluent l'ensemble des soins psychiatriques dans cette catégorie, qu'ils soient curatifs ou non. Pour d'autres 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, mars). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020: Principales resultados*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad.
- > **Haute autorité de santé** (2009). *Le recours à l'hôpital en Europe*. Rapport d'évaluation. Argumentaire.
- > **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 ? *Revue française des affaires sociales*, 4, pp. 31-59.
- > **INE** (2022, juillet). *Despesa corrente em saúde aumentou 12,2 % em 2021, atingindo 11,2 do PIB. Destaque*, Instituto Nacional de Estatística (INE).
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : Éditions OCDE.
- > **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2019). *Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*. Paris, France : Éditions OCDE ; Brussels, Belgium: European Observatory on Health Systems and Policies Edition.