

En 2022, les dépenses hospitalières augmentent fortement dans la quasi-totalité des pays étudiés, du fait de la hausse du prix des soins. Cette hausse est particulièrement élevée en Pologne et en Slovénie. La France consacre 27,6 % de sa dépense courante de santé au sens international (DCSi) aux soins courants à l'hôpital, ce qui est dans la moyenne des pays de l'Union européenne à 27 (UE-27) [27,9 %]. La recherche de l'efficacité est l'objectif prioritaire de la politique hospitalière dans de nombreux pays : il se traduit par une baisse de la durée moyenne des séjours en soins aigus et une diminution du nombre de lits. La France possède moins de lits en soins aigus que la moyenne des pays de l'UE-27 (2,8 contre 3,8 pour 1 000 habitants) ; la durée d'hospitalisation en soins aigus y est parmi les plus basses d'Europe (5,6 contre 6,3 en moyenne dans les pays de l'UE-27).

Dans cette fiche, les dépenses de santé hospitalières regroupent les soins curatifs et de réadaptation (axe « fonction » dans la nomenclature OCDE) donnant lieu à une hospitalisation (axe « mode de prestation »)¹. Ces dépenses correspondent à l'ensemble des soins en hospitalisation de jour et en hospitalisation avec au moins une nuit, réalisés par les établissements de santé (*encadré 1*).

Le périmètre des dépenses de santé hospitalières présentées ici à des fins de comparaisons internationales diffère donc légèrement de celui de la partie France des comptes de la santé, où les dépenses de santé hospitalières correspondent aux dépenses de soins réalisées par les seuls hôpitaux (généralistes, psychiatriques ou spécialisés), y compris services auxiliaires, hospitalisation à domicile et biens médicaux en sus². Les données correspondant à ce périmètre ne sont en effet pas disponibles pour l'ensemble des pays.

En 2022, les dépenses hospitalières continuent d'augmenter pour la troisième année consécutive

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

Dans presque tous les pays étudiés, les dépenses hospitalières ont augmenté en 2022, poursuivant la tendance observée depuis le début de la crise sanitaire due au Covid-19 (*graphique 1*). Au sein de l'Union Européenne à 27 (UE-27), l'augmentation est en moyenne de 4,9 %. Cette hausse est particulièrement visible dans les pays de l'est de l'Europe, où elle atteint jusqu'à 22,2 % en Pologne et 16,6 % en Slovénie. Seuls trois pays voient leurs dépenses reculer en 2022 : il s'agit de la Suède (-2,4 %), de la Lettonie (-0,7 %) et de la Croatie (-0,5 %).

Les dépenses hospitalières avaient déjà fortement augmenté dans la quasi-totalité des pays en 2020 et en 2021, dans des proportions similaires, et de façon plus marquée en Europe de l'Est.

En France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 5,1 % en 2022 (+6,0 % en 2021 et +6,3 % en 2020), en raison de la hausse du prix des soins. Les mesures de revalorisation du personnel du Ségur de la santé et la revalorisation du point d'indice de 3,5 % en juillet 2022 ont conduit à une forte hausse de la rémunération des salariés à l'hôpital public entre 2020 et 2022 (Arnaud et Lefebvre, 2023). Ce dynamisme des rémunérations est aussi la raison de la hausse des dépenses hospitalières en Pologne, où le salaire minimum des hôpitaux a augmenté de 28 % en juillet 2022. On peut supposer que des mécanismes similaires sont à l'œuvre dans les autres pays étudiés. Une étude de la Commission européenne fait notamment état de hausses de salaire conséquentes dans les pays de l'est de l'Europe (European Commission, 2023). En Europe du Sud (Espagne, Portugal), l'augmentation importante des dépenses hospitalières s'explique à la fois par celle des consommations intermédiaires des hôpitaux et par celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires) (INE, 2022 ; Del Carmen Rodríguez Blas, 2022).

En Allemagne, après la hausse exceptionnelle de 2020 (+9,5 %) suivie d'une quasi-stagnation en 2021 (+0,7 %), les dépenses augmentent de 4,4 % en 2022 ; elles retrouvent, ce faisant, une évolution proche de celle observée avant la crise (+3,6 % par an en moyenne entre 2010 et 2019).

¹ Les dépenses hospitalières présentés dans cette fiche excluent l'hospitalisation à domicile et les consultations sans hospitalisations, qui sont comptabilisés en ambulatoire (fiche 32).

² Les soins de longue durée, achats de masques pour les hôpitaux et médicaments récupérés sont exclus, de même que dans la présente fiche.

... avec une croissance largement supérieure à celles des années 2010

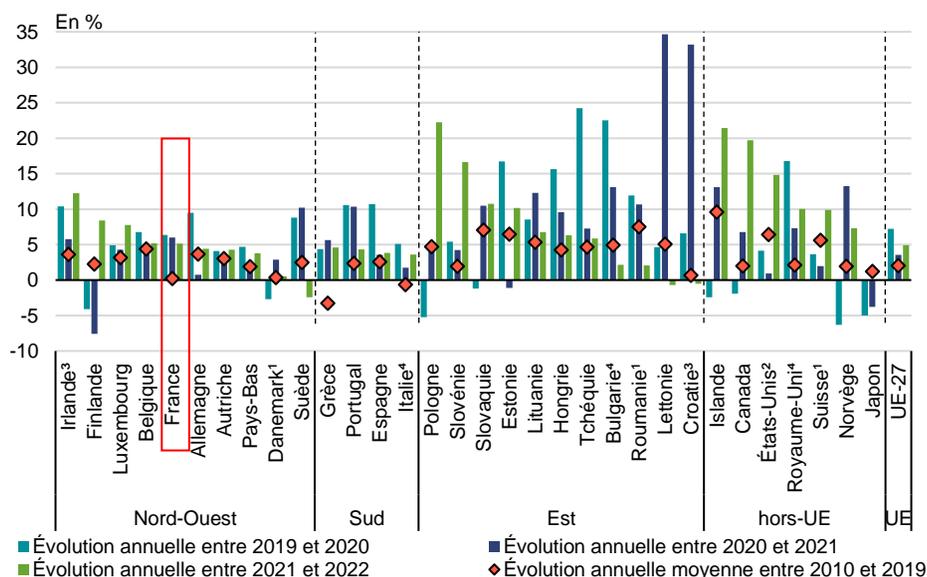
Dans l'Union européenne, la croissance des dépenses de santé entre 2021 et 2022 a été deux fois et demie plus importante qu'avant la crise sanitaire (graphique 1) : entre 2010 et 2019, la croissance des dépenses hospitalières était en moyenne de 2,0 % par an dans les pays de l'UE-27.

L'accélération est particulièrement marquée en Europe de l'Est, où la croissance des dépenses de santé était déjà supérieure à la moyenne européenne avant Covid-19 : entre 2010 et 2019, les dépenses hospitalières ont augmenté dans tous

les pays d'Europe de l'Est et dépassé les 5 % de croissance annuelle en Roumanie (+7,5 %), en Slovaquie (+7,0 %), en Estonie (+6,4 %), en Lituanie (+5,3 %) et en Lettonie (+5,1 %).

L'accélération post-crise sanitaire de la croissance des dépenses de soins courants à l'hôpital s'observe en Europe de l'Ouest et du Sud, où ces dépenses avaient progressé plus modérément dans les années 2010 (+0,2 % par an en moyenne en France par exemple), voire avaient baissé (-0,6 % en moyenne annuelle en Italie, et même -3,3 % en Grèce du fait de la crise économique).

Graphique 1 Évolution des soins courants à l'hôpital en 2022, en 2021, en 2020 et entre 2010 et 2019



1. En milieu hospitalier uniquement.

2. 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.

3. Évolution 2011-2019.

4. Évolution 2012-2019.

Note > Les évolutions ont été réalisées en euros courants. La moyenne de l'Union européenne a été calculée hors Chypre et Malte.

Lecture > En 2022, en France, les dépenses hospitalières ont augmenté de 5,1 %, après +6,0 % en 2021. Entre 2010 et 2019, elles avaient augmenté de 0,2 % par an en moyenne.

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

Dans les pays étudiés, le financement des hôpitaux reflète globalement celui de la DCSI

Dans la très grande majorité des pays étudiés, plus de 80 % des dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées par le système de santé obligatoire (graphique 2) : l'État (ou d'autres autorités locales) et les assurances publiques ou privées obligatoires, selon le type de système en place (fiche 26). Ainsi, en France, c'est l'assurance maladie obligatoire qui finance la majeure partie des soins hospitaliers

(92 % d'entre eux), tandis que l'État prend en charge la quasi-totalité de ces dépenses en Suède (99 %) et en Italie (96 %). À l'inverse, comme pour la dépense courante de santé au sens international (DCSI) dans son ensemble, l'assurance privée obligatoire finance la plus grande partie des frais hospitaliers aux Pays-Bas (86 %) et une part importante aux États-Unis (36 %) et en Suisse (34 %).

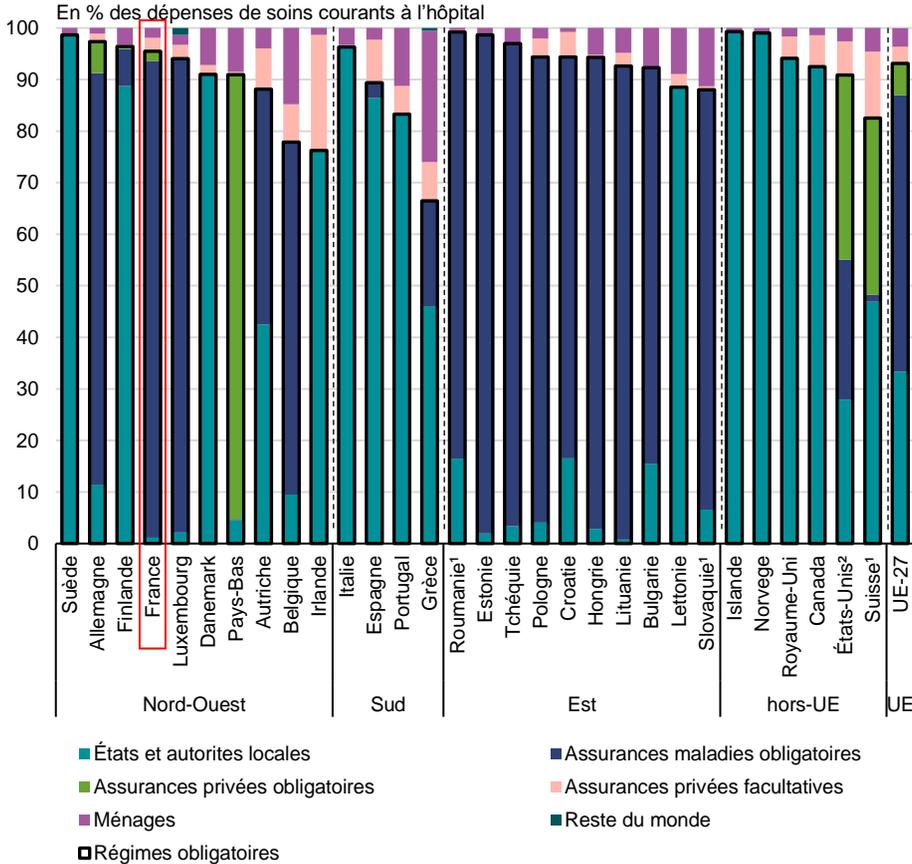
L'assurance privée facultative participe au financement de ces soins pour plus de 10 % dans seulement deux pays de l'OCDE : en Irlande (22 %) et en Suisse (13 %).

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 des pays étudiés, et systématiquement inférieur au RAC moyen (pour l'ensemble des soins) de chaque pays. Il reste néanmoins élevé en Grèce (26 %), en Belgique (15 %), au Portugal (11 %) et en Slovaquie (11 %). Le RAC

des ménages est en revanche très faible en France (1,9 %), en Allemagne (1,1 %) et au Royaume-Uni (1,6 %) en 2022.

À noter que deux des pays étudiés voient leurs soins courants à l'hôpital financés pour une part non totalement négligeable par les non-résidents : le Luxembourg (1,3 %) et la Grèce (0,5 %).

Graphique 2 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2022 par habitant



1. En milieu hospitalier uniquement.
 2. 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.
Lecture > En France, en 2022, les dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées à 92 % par l'assurance maladie obligatoire, à 1 % par l'État, à 3 % par les assurances privées facultatives et à 2 % par les assurances privées obligatoires.
Sources > OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les pays étudiés consacrent des parts assez variables de leur DCSi aux soins courants à l'hôpital, mais les volumes de soins sont plus homogènes, à quelques exceptions près

Les dépenses de soins courants à l'hôpital représentent une part variable de la DCSi dans les pays étudiés

Les pays de l'UE-27 consacrent en moyenne 27,9 % de leur dépense de santé au sens international (DCSi) aux dépenses de soins courants à l'hôpital en 2022. En France, ces dépenses sont dans la moyenne européenne : elles représentent 27,6 % de la DCSi. Dans les pays étudiés, la part de la DCSi consacrée aux soins courants à l'hôpital varie fortement : de 19,3 % au Canada à 42,1 % en Grèce ou 43,4 % en Roumanie. La même hétérogénéité se retrouve parmi les pays du nord-ouest de l'Europe : dans cette région, la Belgique y alloue 36,6 % de sa DCSi contre seulement 20 % en Finlande.

Des dépenses hospitalières exprimées en PPA services hospitaliers plus élevées dans l'est de l'Europe

Afin de tenir compte des 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

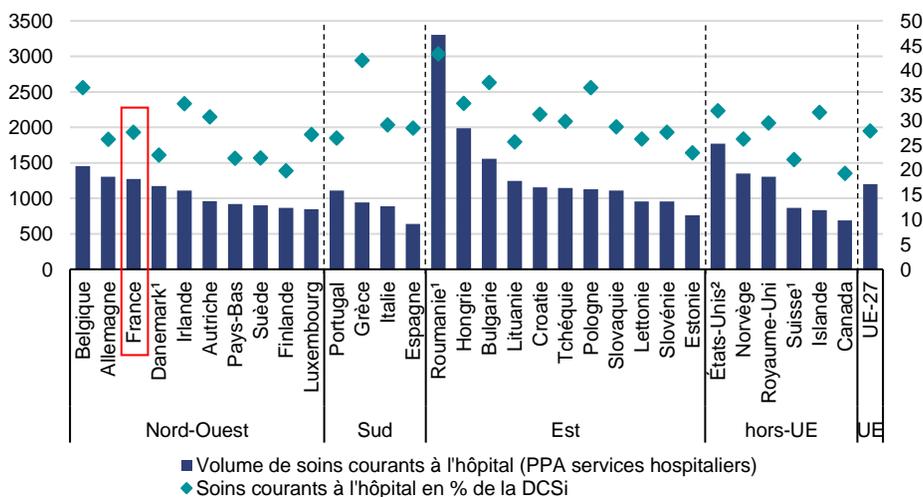
exprimées en parité de pouvoir d'achat, restreintes au domaine hospitalier (PPA services hospitaliers) (glossaire)¹ et rapportées au nombre d'habitants.

Cette analyse met en lumière une plus grande homogénéité des dépenses dans les différentes régions d'Europe. En moyenne, 1 200 euros PPA par habitant sont alloués aux soins hospitaliers au sein de l'UE-27 chaque année. Parmi les pays du nord-ouest de l'Europe, la France se situe légèrement au-dessus de cette moyenne (à 1 300 euros PPA), proche des niveaux de l'Allemagne (1 300 euros PPA) et du Danemark (1 200 euros PPA), et au-dessus des dépenses par habitant de la Suède, de la Finlande et du Luxembourg (entre 850 et 900 euros PPA). Dans la majorité des pays de l'Est, les volumes de soins par habitant se situent à un niveau proche de celui des autres régions : de 800 euros PPA en Estonie à 1 200 euros PPA en Lituanie. Trois pays se démarquent toutefois avec un volume de soins particulièrement élevé : la Roumanie (3 300 euros PPA), la Hongrie (2 000 euros PPA) et la Bulgarie (1 600 euros PPA).

Second pays en part des dépenses hospitalières dans la DCSi, la Grèce a un volume de soins parmi les plus faibles de l'UE-27 avec 950 euros PPA par an et par habitant, proche des autres pays du sud de l'Europe.

Graphique 3 Dépenses de soins courants à l'hôpital en 2022

En PPA services hospitaliers par habitant (gauche) et en % de la DCSi (droite)



1. En milieu hospitalier uniquement.

2. 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.

Lecture > Aux États-Unis, en 2022, chaque habitant consomme 1 800 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 et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

¹ Cette mesure permet d'identifier un panier de biens et 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.

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 structures 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) en 2022.

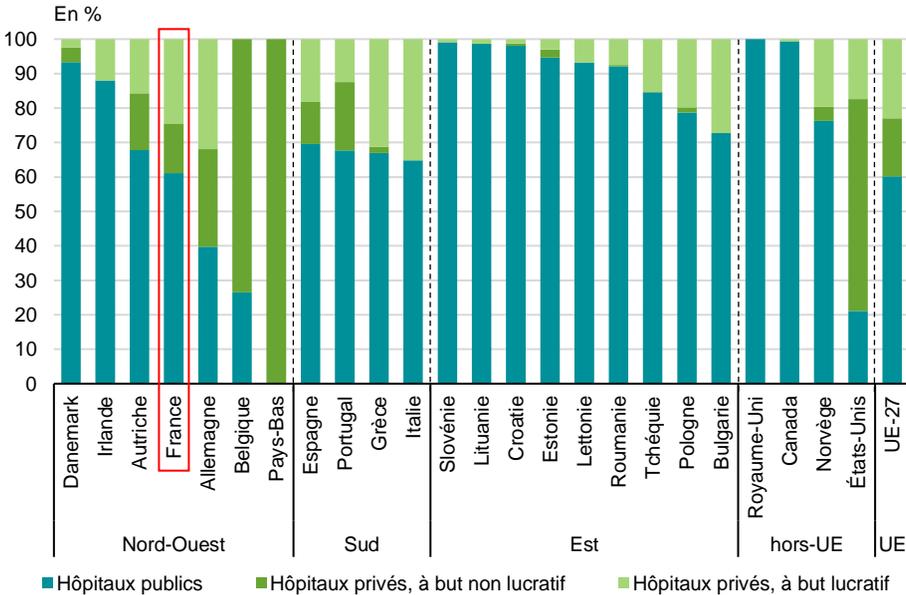
La répartition des lits entre le public et le privé diffère toutefois selon le pays. En France, l'offre hospitalière est pourvue à 61 % par les hôpitaux publics en 2022, proche de la moyenne de l'UE-27 (60 %). Au Danemark et dans la quasi-totalité des pays de l'est de l'Europe, les hôpitaux publics proposent plus de 90 % des lits disponibles. Hors Europe, certains pays fondent presque exclusivement leur offre hospitalière sur les hôpitaux publics : c'est le cas du Royaume-Uni (100 %) et du Canada (99 %). À l'inverse, 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. Les autres pays s'appuient à la fois sur le secteur public et le secteur privé.

Par ailleurs, la part des lits pourvus par des institutions privées lucratives est inférieure à 20 %, à l'exception de l'Italie (35 %), de l'Allemagne (32 %), de la Grèce (31 %), de la Bulgarie (27 %) et de la France (24 %), témoignant ainsi de grandes disparités au sein de l'Europe en matière de gestion de l'offre de lits.

La part de l'hôpital privé à but lucratif a augmenté dans de nombreux pays d'Europe au cours des dernières décennies (Jeurissen, *et al.*, 2020). C'est notamment le cas aux Pays-Bas et en Allemagne, mais aussi aux États-Unis, au Royaume-Uni (Jeurissen, *et al.*, 2021). 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 (Kahmann, 2015).

Graphique 4 Répartition du nombre de lits selon la structure hospitalière en 2022



Note > La moyenne de l'UE-27 est calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels les données sont disponibles.

Lecture > En France, en 2022, 61 % des lits d'hôpital sont dans des établissements publics, 14 % sont dans des établissements privés à but non lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif.

Sources > OCDE et 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 selon les pays

En 2022, le nombre de lits de soins aigus (*encadré 1*) pour 1 000 habitants s'établit à 3,8 en moyenne dans les pays de l'UE-27 ; en France, ce ratio est un peu inférieur : 2,8 lits pour 1 000 habitants (*graphique 5*). Le Japon est le plus pourvu avec 7,7 lits pour 1 000 habitants, juste devant la Bulgarie (6,8 lits) et l'Allemagne (5,7 lits pour 1 000 habitants en 2022). De manière générale, les pays de l'est de l'Europe disposent d'un nombre de lits de soins aigus par habitant plus élevé que le reste de l'UE-27 : à l'exception de l'Estonie, tous offrent un ratio de plus de trois lits pour 1 000 habitants. À l'inverse, les pays du nord-ouest de l'Europe ont moins de lits pour 1 000 habitants : respectivement 1,3, 1,9, 2,2 et 2,3 en Suède, au Danemark, en Finlande 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 suffisant pour évaluer l'efficacité des soins. En effet, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont contribué au raccourcissement des séjours et au développement de la chirurgie ambulatoire (virage ambulatoire), ce qui a permis de réduire le nombre de lits et de diminuer certaines dépenses hospitalières (indemnités journalières, transports sanitaires) sans dégrader la qualité des soins (Bizard, 2019). Certains 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). Dans certains pays d'Europe de l'Est (notamment la Lituanie et la Hongrie, qui comptent respectivement 4,7 et 4,2 lits pour 1 000 habitants), cette part varie entre 60 % et 70 % pour la chirurgie de la cataracte et avoisine 0 % pour la chirurgie des amygdales. En Allemagne, seulement 87 % des opérations de la cataracte et 16 % des amygdalotomies sont réalisées en hospitalisation partielle en 2021 (Irdes, 2024).

Tous types d'intervention confondus, l'Allemagne possède 0,4 place d'hospitalisation partielle pour 1 000 habitants en 2021, contre 1,2 place en France. À l'inverse, le nombre de lits pour 1 000 habitants est deux fois supérieur en Allemagne qu'en France : l'Allemagne n'a pas opéré jusqu'à présent

un virage ambulatoire à la hauteur de celui réalisé en France.

Un virage ambulatoire plus ou moins prononcé selon les États

En 2022, on compte en moyenne 142 hospitalisations pour 1 000 habitants au sein de l'UE-27. La tendance est à la baisse dans le nombre d'hospitalisation depuis 2009 : on est ainsi passé de 169 à 163 hospitalisations pour 1 000 habitants entre 2009 et 2019. La baisse s'est accentuée ces dernières années, dans un contexte marqué par la crise du Covid-19.

Le nombre d'hospitalisations est très hétérogène dans les pays étudiés : en Europe du Nord-Ouest, il varie de 213 pour 1 000 habitants en Allemagne à 116 au Luxembourg. En France, le nombre d'hospitalisation pour 1 000 habitants est de 155 en 2022 après 174 en 2019 et 186 en 2009, témoignant du virage ambulatoire qui s'est opéré dans la dernière décennie.

Ce sont les pays de l'est de l'Europe qui présentent l'évolution la plus spectaculaire : à l'exception notable de la Bulgarie et dans une moindre mesure de la Pologne, tous les pays de la région ont vu leur nombre d'hospitalisations pour 1 000 habitants diminuer de plus 10 % entre 2009 et 2022 : la baisse atteint jusqu'à 38 % en Roumanie et 28 % en Lituanie.

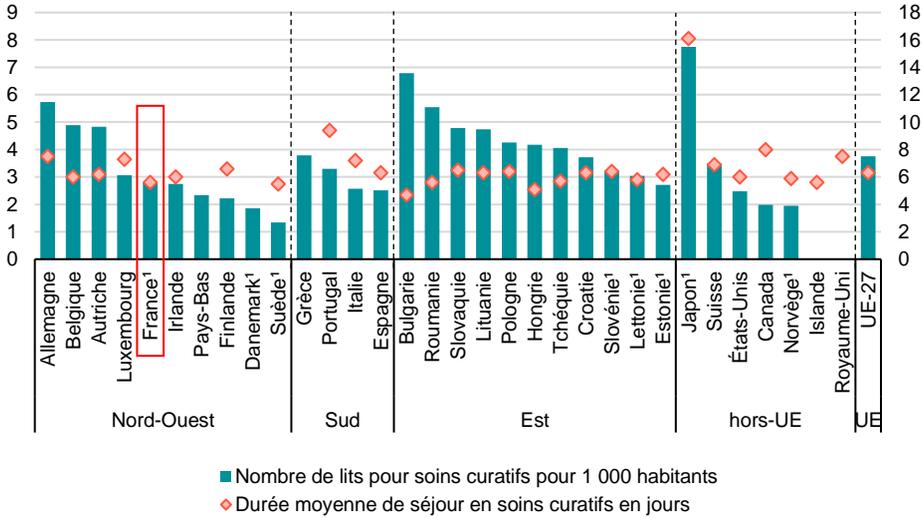
Des durées moyennes d'hospitalisation assez homogènes, malgré quelques exceptions

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 2022, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus en France est de 5,6 jours (*graphique 5*). Cette durée est proche de celle de la Suède (5,5 jours), mais elle est inférieure à la moyenne des pays de l'UE-27 (6,3 jours). La durée d'hospitalisation en Allemagne est supérieure à celle observée en France (7,5 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 (16,1 jours) s'explique par une prise en charge forte de la dépendance sévère (vieillesse, invalidité) et une hausse du rôle des hôpitaux dans les soins de longue durée (fiche 32). ■

Graphique 5 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2022

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

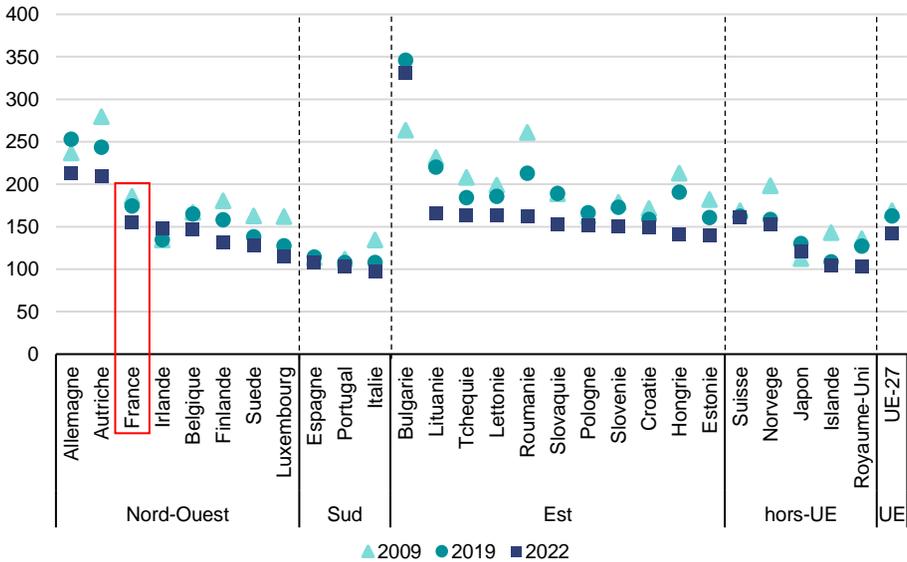


1. Pays comptabilisant uniquement des lits pour soins curatifs somatiques.

Lecture > En 2022, l'Allemagne possède en moyenne 5,7 lits pour 1 000 habitants et la durée moyenne de séjour en soins aigus est de 7,5 jours.

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

Graphique 6 Nombre d'hospitalisation pour 1 000 habitants en 2022, en 2019 et en 2009



Note > La moyenne de l'Union européenne a été calculée sur la base des pays présentés sur ce graphique, pour lesquels des données sont disponibles.

Lecture > En 2022, en France, le nombre d'hospitalisation pour 1 000 habitants est de 155. Il était de 174 en 2019 et de 186 en 2009.

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

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 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** concernent les venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, pour des séjours dont la durée ne dépasse pas une journée (hors séances de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie).
- > 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, mais aussi immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont inclus 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

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G.** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023. Résultats des comptes de la santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Bizard, F.** (2019). Étude de l'impact économique de la chirurgie ambulatoire. *Le Praticien en anesthésie réanimation*, 23(4), pp. 207-219.
- > **Del Carmen Rodríguez Blas, M.** (2022, mars). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020 : Principales resultados*. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad.
- > **European Commission**, (2023). *Labour market and wage developments in Europe 2023*, Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/1277>
- > **Jeurissen, P., et al.** (2021). For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency: A Multi-Country Case Study. *International Journal of Health Services*, 51(1), pp. 67-89. doi:10.1177/0020731420966976
- > **Jeurissen, P., Maarse, H.** (2020). Hospital Care: Private Assets for-a-Profit? In: Durán, A., Wright, S. (eds) *Understanding Hospitals in Changing Health Systems*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-28172-4_5
- > **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.
- > **INE** (2022, juillet). Despesa corrente em saúde aumentou 12,2 % em 2021, atingindo 11,2 do PIB. *Destaque*, Instituto Nacional de Estatística (INE).
- > **Minery, S., Or, Z.**, (2024, mars). *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*. Irdes, rapport, 590.
- > **OCDE** (2021). *Panorama de la santé 2021*. Paris, France : Édition de l'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.