

7.3. Dépenses de santé par fonction

Les dépenses au titre des différents types de produits et de services de santé sont influencées par toute une série de facteurs : les contraintes du système de santé comme l'accès aux lits d'hôpitaux, au personnel médical et aux nouvelles technologies, les dispositifs financiers et institutionnels pour l'offre de soins de santé mais aussi les orientations cliniques nationales et le poids de la maladie dans un pays.

En 2009, les soins curatifs et de réadaptation prodigués aux patients hospitalisés (y compris les soins de jour) ou dans un cadre externe ont représenté en moyenne plus de 60 % des dépenses courantes de santé dans les pays de l'OCDE (graphique 7.3.1). Les dépenses au titre des patients hospitalisés par rapport aux dépenses ambulatoires peuvent varier selon l'organisation des prestataires de soins et les disparités de pratiques cliniques entre pays. L'Autriche et la France, par exemple, font état d'une proportion relativement élevée de dépenses au titre des soins aux patients hospitalisés (se montant à plus d'un tiers des dépenses de santé) que reflètent les niveaux très élevés de leur activité hospitalière (voir l'indicateur 4.4 « Sorties d'hôpital »). Inversement, des pays comme le Portugal et l'Espagne qui ont des niveaux relativement faibles d'activité hospitalière, affectent environ un quart de leurs ressources en soins de santé aux soins aux patients hospitalisés.

Des différences importantes subsistent entre les pays pour ce qui est de leurs dépenses au titre des soins de longue durée : la Norvège, le Danemark et les Pays-Bas, qui ont un dispositif formel bien établi et à grande échelle de soins aux personnes âgées et handicapées, affectent aux soins de longue durée environ un quart de leurs dépenses totales de santé. Au contraire, dans les pays d'Europe orientale et méridionale où les soins tendent à être prodigués dans un cadre plus informel ou familial, les dépenses au titre des soins de longue durée représentent une part bien moindre des dépenses totales de santé (voir l'indicateur 8.8 « Dépenses de soins de longue durée »).

L'autre grande catégorie de dépenses de santé est celle des produits médicaux, principalement les médicaments (voir indicateur 7.4 « Dépenses pharmaceutiques »). S'établissant en moyenne à 19 %, la part des dépenses de santé au titre des produits médicaux peut n'être que de 11 à 12 % en Nouvelle-Zélande, au Danemark et en Norvège, mais représenter plus d'un tiers des dépenses totales de santé en Hongrie et en République slovaque.

La croissance des différentes composantes des soins reflète, dans une certaine mesure, le stade relatif de développement des systèmes de santé. Les soins aux patients hospitalisés étant à forte intensité de main d'œuvre, ils coûtent cher ; en conséquence, certains pays à hauts revenus ayant des systèmes de santé développés ont cherché à réduire la part de ces dépenses en s'orientant davantage vers la chirurgie de jour, les soins externes ou les soins à domicile. Toutefois, cette évolution peut également refléter des problèmes d'ordre réglementaire. Aux États-Unis, les dépenses publiques sont largement liées aux

programmes Medicare et Medicaid pour lesquels les prix sont étroitement contrôlés. Ainsi, il peut être dans l'intérêt des hôpitaux d'orienter les patients vers les soins en ambulatoire pour lesquels le prix des interventions n'est pas contrôlé (OCDE, 2010b). Les estimations des dépenses au titre de la chirurgie ambulatoire pratiquée par des médecins indépendants donnent à penser que ce domaine des soins de santé est celui qui a connu la croissance la plus rapide entre 2003 et 2006 aux États-Unis (McKinsey Global Institute, 2008). En revanche, les pays de l'OCDE à bas revenus qui cherchent à investir dans leur système de santé et à le développer ont généralement vu les soins aux patients hospitalisés croître plus rapidement que d'autres postes de dépenses au point de devenir le principal contributeur à la progression globale des dépenses de santé (graphique 7.3.2).

Le graphique 7.3.3 montre la part des dépenses de santé affectée à l'administration des soins de santé. En moyenne, les pays de l'OCDE ont affecté à la gestion et à la régulation de leur système de santé 3 % de leurs dépenses. Ce chiffre inclut également l'administration et le fonctionnement des caisses d'assurance maladie ce qui explique dans une certaine mesure les variations importantes. De manière générale, dans les pays où le système de financement à payeur unique repose sur l'impôt (Danemark et Suède, par exemple), la part des dépenses de santé affectée à l'administration est moindre que dans les pays, comme les États-Unis, la France et l'Allemagne, ayant un système d'assurance sociale à payeurs multiples.

Définition et comparabilité

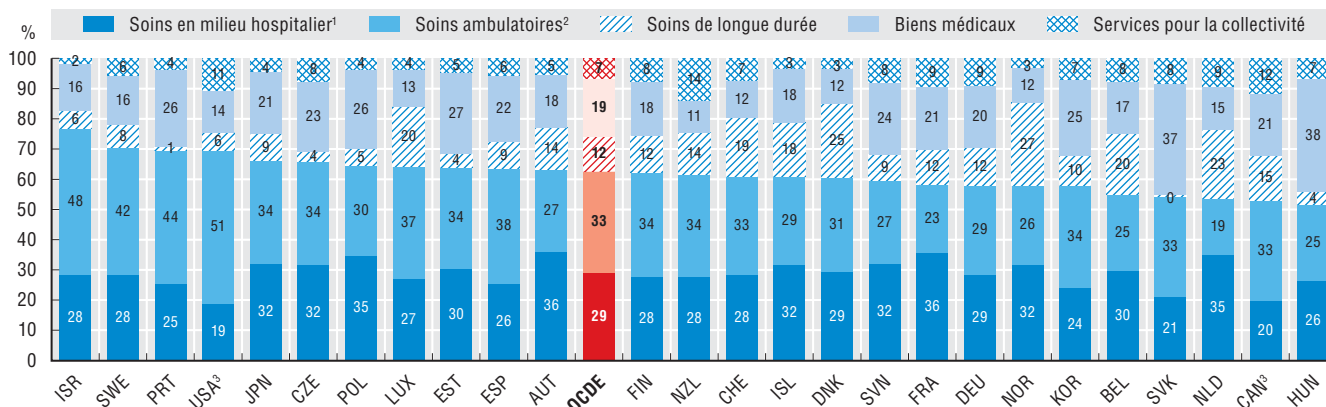
L'approche fonctionnelle du *Système de comptes de la santé* définit les frontières du système de santé. Les dépenses totales de santé englobent les dépenses de santé courantes et les investissements. Les dépenses de santé courantes englobent les soins personnels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et produits médicaux) et les services collectifs (de santé publique et d'administration de la santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de production (patients hospitalisés, soins de jour, soins aux patients externes et soins à domicile).

Les facteurs qui limitent la comparabilité entre pays sont notamment les estimations des dépenses au titre des soins de longue durée. Par ailleurs, certains pays utilisent les dépenses hospitalières pour estimer les services de soins aux patients hospitalisés alors qu'elles peuvent englober les dépenses au titre des patients externes, les services auxiliaires et, dans certains cas, les services de délivrance de médicaments (Orosz et Morgan, 2004).

Informations sur les données concernant Israël : <http://dx.doi.org/10.1787/888932315602>.

7.3.1 Dépenses courantes de santé par fonction, 2009 (ou année la plus proche)

Les pays sont classés selon la part des soins en milieu hospitalier et ambulatoire dans les dépenses courantes de santé



1. Inclut les soins de jour.

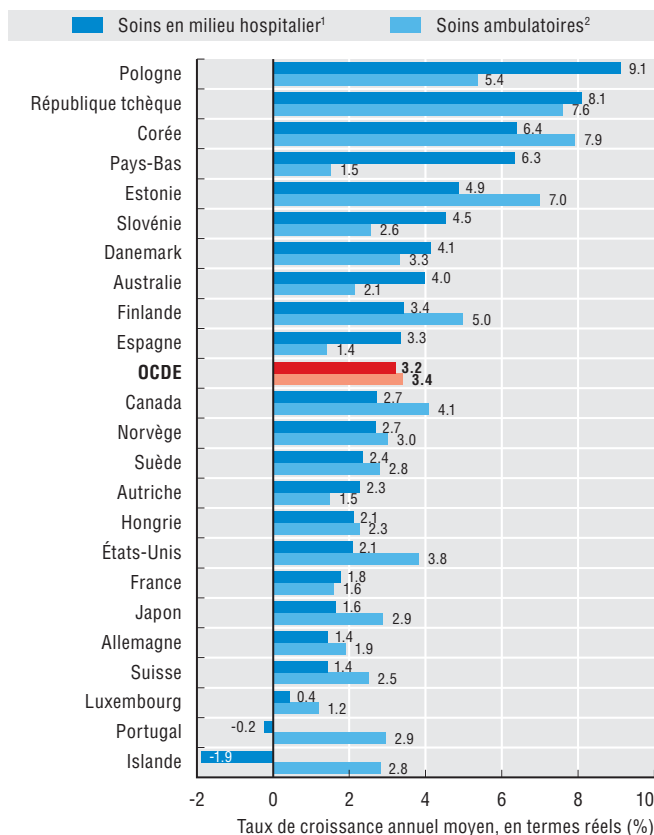
2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

3. Aux États-Unis et au Canada, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530663>

7.3.2 Évolution des dépenses de santé par habitant en milieu hospitalier et en ambulatoire, 2000-09 (ou année la plus proche)



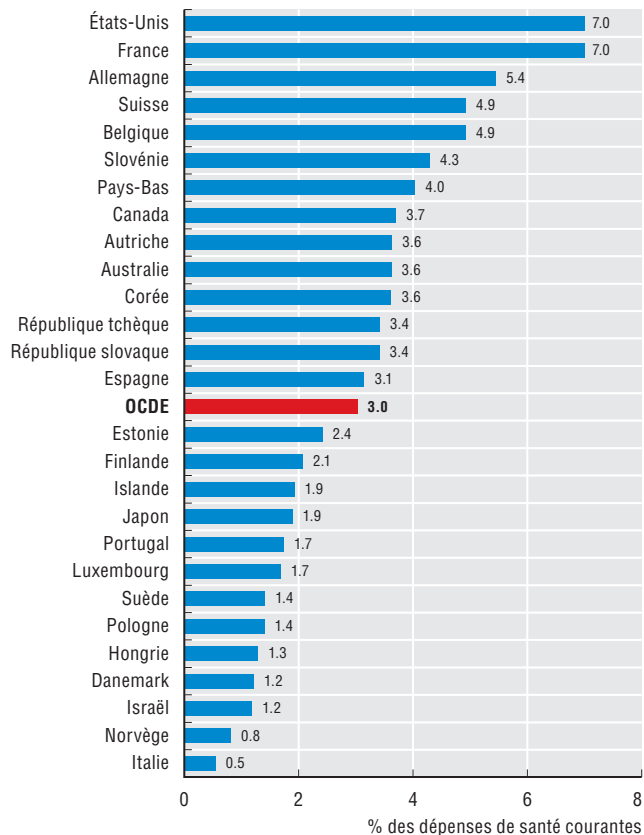
1. Inclut les soins de jour.

2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530682>

7.3.3 Dépenses en administration des soins de santé et d'assurance maladie, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932530701>



Extrait de :
Health at a Glance 2011
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Dépenses de santé par fonction », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-62-fr

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.