

Dépenses de santé par fonction

Les dépenses au titre des soins hospitaliers ou ambulatoires constituent la majeure partie des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : en moyenne presque deux tiers des dépenses courantes de santé en 2013 (graphique 9.6). Une autre part de 20 % des dépenses de santé est consacrée aux biens médicaux (principalement les produits pharmaceutiques), tandis que 12 % se rapportent aux soins de longue durée et les 6 % restants aux services collectifs, comme les programmes de santé publique, la prévention ainsi que les dépenses d'administration.

La Grèce enregistre la part de dépenses en soins hospitaliers (y compris les soins de jour dans les hôpitaux) la plus élevée parmi les pays de l'OCDE : elles représentaient 42 % du total des dépenses de santé en 2013, contre 36 % en 2009, en conséquence des baisses plus fortes des dépenses consacrées aux soins ambulatoires et aux produits pharmaceutiques. Le secteur des hôpitaux joue aussi un rôle important en Pologne, en France et en Autriche, avec des dépenses en soins hospitaliers constituant plus d'un tiers des coûts totaux. Les États-Unis enregistrent chaque année la part des soins ambulatoires la plus élevée (et en conséquence la part des soins hospitaliers la plus faible), mais il convient de noter que ce chiffre englobe dans ce cas les rémunérations des médecins qui facturent aux patients de manière indépendante leurs prestations en milieu hospitalier. Le Portugal et Israël sont d'autres pays où la part de dépenses en soins ambulatoires est importante (48 % et 46 %).

Les biens médicaux sont une autre catégorie importante de dépenses de santé. En République slovaque et en Hongrie, ces produits constituent la première catégorie de dépenses, représentant respectivement 36 % et 33 % du total des dépenses de santé. Avec environ 30 %, leur part est aussi élevée en Grèce et au Mexique, alors qu'ils ne représentent que 10 à 11 % du total des dépenses de santé au Danemark et en Norvège.

Il existe également des différences entre les pays en ce qui concerne leurs dépenses consacrées aux soins de longue durée (voir l'indicateur « Dépenses de soins de longue durée » dans le chapitre 11). Des pays comme la Norvège, les Pays-Bas, la Suède et le Danemark, qui ont mis en place des dispositifs structurés pour la prise en charge des personnes âgées et dépendantes, allouent aux soins de longue durée environ un quart du total de leurs dépenses de santé ou davantage. Dans beaucoup de pays d'Europe méridionale ou centrale, où le secteur des soins de longue durée est plus informel, les dépenses en services structurés dans ce domaine représentent une part beaucoup plus faible du total des dépenses.

Le ralentissement des dépenses de santé constaté dans de nombreux pays de l'OCDE ces dernières années a touché l'ensemble des catégories de dépenses, bien qu'à des degrés divers (graphique 9.7). Les dépenses en produits pharmaceutiques ont été réduites de près de 2 % par an, alors qu'elles augmentaient au rythme de 2 % par an dans la période qui a précédé la crise – ce qui était déjà inférieur à la forte croissance de ces dépenses enregistrée dans les années 90 et au début de la décennie 2000 (voir l'indicateur « Dépenses pharmaceutiques » dans le chapitre 10). Malgré l'isolation et la protection initiales des budgets de santé publique, les dépenses de prévention ont commencé à baisser dans environ la moitié des pays de l'OCDE à partir de 2009. Globalement, les dépenses en soins préventifs ont diminué de 0.3 % par an, après avoir connu des taux de croissance très élevés durant la période 2005-09 (5.6 %). Une partie de cette inversion de la courbe peut s'expliquer par

l'épidémie de grippe H1N1, qui a entraîné une importante dépense exceptionnelle pour la vaccination dans de nombreux pays aux alentours de 2009.

Les dépenses en soins de longue durée, ambulatoires et hospitaliers ont continué à augmenter mais à un rythme nettement réduit depuis 2009. Le taux de croissance des dépenses en soins ambulatoires a été divisé par plus de deux globalement (1.7 % contre 3.9 %), tout en restant positif dans trois quarts des pays de l'OCDE. Certains gouvernements ont décidé de protéger les dépenses destinées aux soins primaires et aux services de première ligne tout en cherchant des possibilités de réduction dans d'autres parties du système de santé. Le taux de croissance moyen annuel pour les soins hospitaliers, auparavant au niveau de 2.4 %, a été divisé par quatre et, dans une douzaine de pays de l'OCDE, il est devenu négatif entre 2009 et 2013. Les mesures les plus fréquentes prises dans les pays de l'OCDE pour équilibrer les budgets de la santé ont notamment consisté à réduire les salaires dans les hôpitaux publics, ajourner le remplacement des personnels et retarder les investissements dans l'infrastructure hospitalière.

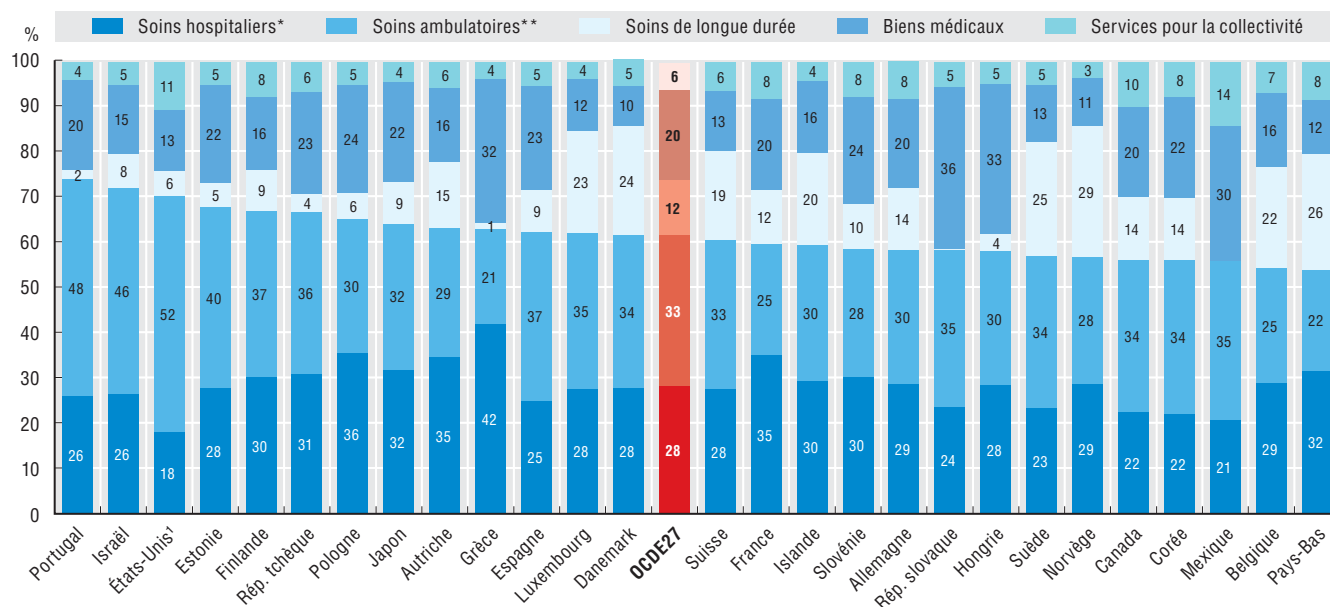
Définition et comparabilité

Le Système de comptes de la santé (OCDE, 2000 ; OCDE, Eurostat, OMS, 2011) définit les frontières du système de santé. Les dépenses courantes de santé englobent les soins individuels (soins curatifs, de réadaptation, de longue durée, services auxiliaires et biens médicaux) et les services collectifs (prévention, programmes de santé publique et administration). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de production (patients hospitalisés, soins de jour, soins ambulatoires ou à domicile). S'agissant des soins de longue durée, seuls les aspects médicaux sont généralement pris en compte dans les dépenses de santé, bien qu'il soit difficile dans certains pays de distinguer clairement le volet sanitaire et le volet social. Certains pays qui ont mis en place des dispositifs intégrés de soins de longue durée privilégiant les services sociaux peuvent être mal classés en termes de dépenses selon le Système de comptes de la santé, du fait que ces composantes sociales ne sont pas prises en compte. Par exemple, un examen en cours de l'allocation des dépenses pour les soins de longue durée au Japon mènera probablement à une augmentation significative en 2016 de leurs dépenses de santé basées sur le Système de comptes de la santé 2011. De ce fait, l'estimation des dépenses en soins de longue durée est un des principaux facteurs qui limitent la comparabilité des données entre les pays.

Références

- OCDE (2000), *Système de comptes de la santé*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264281806-fr>.
- OCDE, Eurostat et OMS (2011), *A System of Health Accounts, 2011 Edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

9.6. Dépenses courantes de santé par fonction, 2013 (ou année la plus proche)



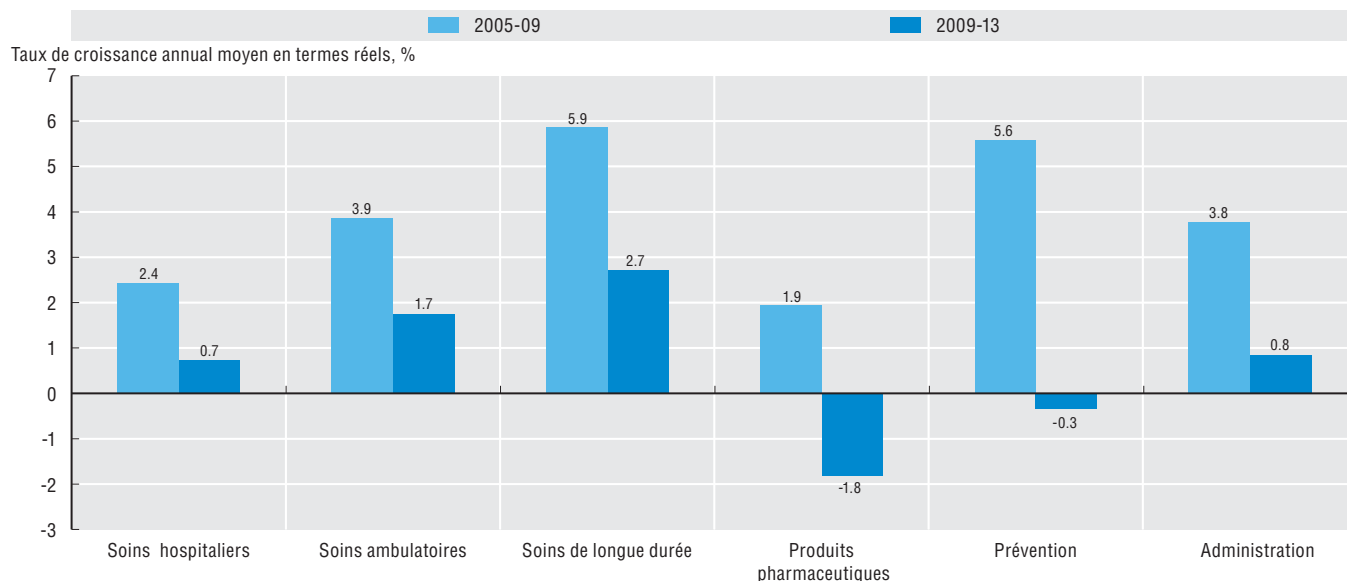
Note : Les pays sont classés selon la part de soins curatifs et de réadaptation dans les dépenses courantes de santé. * Se réfère aux soins curatifs et de réadaptation dans les établissements hospitaliers et de soins de jour. ** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

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

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282206>

9.7. Variations des dépenses de santé par habitant pour certaines fonctions, moyenne OCDE, 2005-13



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282206>

Informations sur les données concernant Israël : <http://oe.cd/israel-disclaimer>



Extrait de :
Health at a Glance 2015
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Dépenses de santé par fonction », dans *Health at a Glance 2015 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-61-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte 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.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.