7.5. Dépenses par maladie et par âge

Il est important de ventiler les dépenses de soins de santé par catégorie de maladie et par tranche d'âge afin de fournir un éclairage utile aux responsables des politiques de santé sur l'affectation des ressources au sein du système. Ces informations peuvent contribuer à l'évaluation de l'impact qu'ont eu récemment, et que pourraient avoir à l'avenir, le vieillissement des populations et l'évolution du profil des maladies en matière de dépenses. De plus, l'analyse des liens entre les dépenses de santé par maladie, les prestations de services (par exemple, les sorties d'hôpital par maladie) et les résultats (par exemple, les taux de survie à la suite d'un infarctus ou d'un cancer) peut faciliter le suivi des performances des systèmes de soins de santé selon les types de maladie (Heijink et al., 2006).

Le graphique 7.5.1 montre la répartition des dépenses au titre des soins hospitaliers aigus pour six grandes catégories de diagnostic. Ces catégories représentent entre 51 % et 73 % du total des dépenses consacrées aux soins aigus en hospitalisation dans ce groupe de pays. Les maladies circulatoires constituent la part la plus importante des dépenses en soins hospitaliers dans chacun des pays, à l'exception de la Corée et des Pays-Bas ; dans ces deux pays, en effet, ce sont respectivement les dépenses liées au cancer et celles découlant des troubles mentaux et du comportement qui viennent en tête. Les différences entre les pays de ces dépenses par maladie peuvent résulter de nombreux facteurs, comme la structure démographique et le profil des maladies, ainsi que les dispositifs institutionnels et les lignes directrices cliniques relatives au traitement des différentes pathologies.

Le Japon consacre au traitement des maladies circulatoires plus de 22 % de ses dépenses concernant les patients hospitalisés, un chiffre quelque peu surprenant dans un pays où 12 % seulement des sorties d'hôpitaux concernent des patients traités pour des maladies circulatoires – soit une proportion similaire à celle que l'on observe dans d'autres pays. Cette proportion élevée de dépenses peut s'expliquer par la durée plus longue des hospitalisations dans ce pays, notamment pour certaines pathologies comme les accidents vasculaires cérébraux (AVC). Aux Pays-Bas, les problèmes mentaux et les troubles du comportement représentent 19 % des dépenses en soins hospitaliers, soit le double des pourcentages relevés dans les autres pays considérés. Cette situation peut s'expliquer en partie par le nombre élevé d'hôpitaux traitant les troubles mentaux graves, dans lesquels la durée moyenne de séjour est très longue.

Le graphique 7.5.2 compare les dépenses par sortie d'hôpital pour les maladies circulatoires et le cancer. En règle générale, le coût par sortie est approximativement le même pour ces deux grandes catégories de maladie dans tous les pays, sauf au Japon, où les dépenses par sortie concernant les maladies circulatoires sont plus de deux fois supérieures à celles liées au cancer. Le Japon affiche également un niveau de dépenses par sortie plus élevé pour les maladies circulatoires que les autres pays, toujours en raison vraisemblablement de la longueur des hospitalisations, tandis que l'Australie et les Pays-Bas enregistrent les dépenses les plus importantes pour le traitement du cancer.

Les différences relevées dans les structures de coût peuvent être dues en partie à des facteurs démographiques. Le graphique 7.5.3 indique la part des dépenses hospitalières concernant les personnes de plus de 65 ans par rapport à la part que représentent ces personnes dans l'ensemble de la population. Comme on pouvait le supposer, les ressources hospitalières consacrées à cette tranche d'âge sont proportionnellement plus importantes que le pourcentage qu'elle représente dans la population. C'est le Japon qui affecte la plus grande part de ses dépenses hospitalières (64 %) aux personnes de 65 ans et plus ; le Japon affiche également le plus fort pourcentage d'individus appartenant à cette tranche d'âge (23 %). La Corée, Israël et les Pays-Bas, en revanche, ne consacrent qu'un tiers de leurs dépenses aux plus de 65 ans, ce qui s'explique – du moins en partie – par le fait que seuls 10 à 15 % de la population de ces pays sont dans ce groupe d'âge.

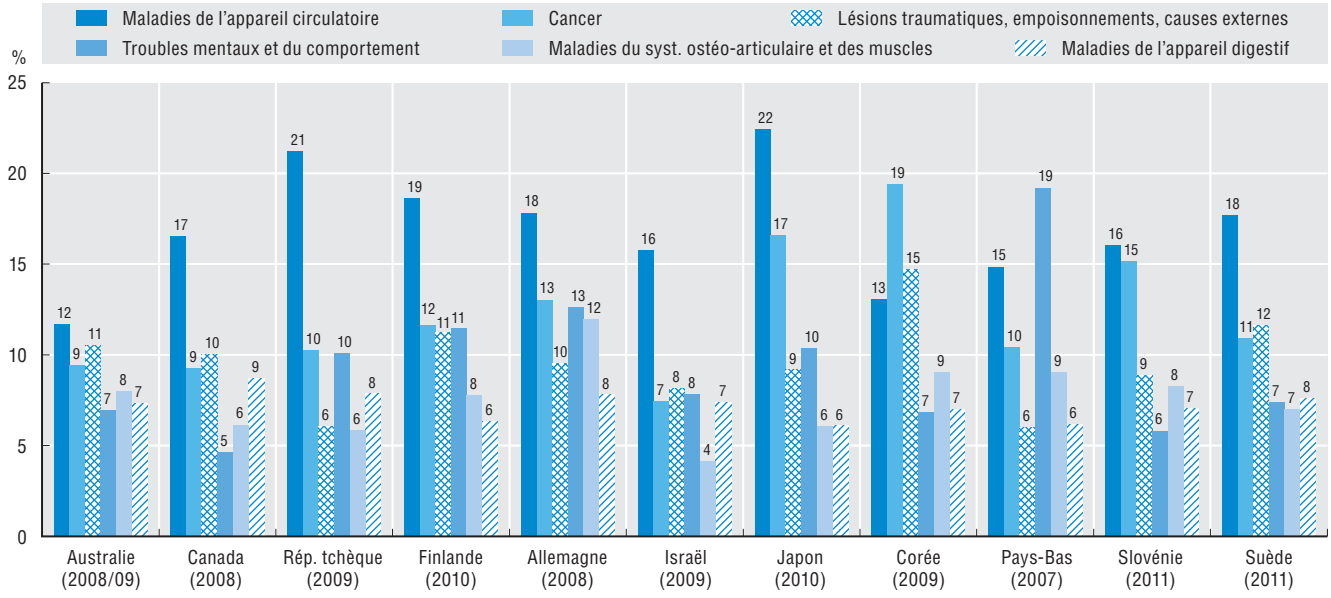
Définition et comparabilité

Les dépenses par maladie et par âge ventilent les dépenses courantes de santé selon les caractéristiques des patients. Les lignes directrices élaborées à cet égard proposent des catégories de maladies conformes à la CIM-10. Pour assurer la comparabilité entre les pays, les dépenses sont également rattachées au *Système de comptes de la santé*. Une méthodologie commune est proposée, privilégiant une répartition descendante des dépenses en fonction du diagnostic principal.

Les principales difficultés qui se posent en matière de comparabilité concernent le traitement des dépenses non imputées et de celles qui ne sont pas liées à une maladie particulière. Dans le premier cas, cela est dû à une limitation des données (le plus souvent pour les dépenses relatives aux soins ambulatoires ou aux produits pharmaceutiques) ; dans le second cas, il s'agit principalement de coûts de prévention ou d'administration. Pour des comparaisons plus fiables, on peut utiliser un sous-ensemble des dépenses, comme les soins aigus aux patients hospitalisés – un domaine dans lequel les registres administratifs, généralement complets, fournissent les informations nécessaires quant au diagnostic et au patient.

Les données présentées ici reposent principalement sur les informations fournies par les pays dans le cadre du projet de l'OCDE intitulé « Estimating Expenditure by Disease, Age and Gender », complétées par des données nationales additionnelles lorsque des méthodologies similaires ont été utilisées. Il convient de souligner que les graphiques 7.5.1 à 7.5.3 ne portent que sur les montants affectés. Les restrictions suivantes s'appliquent aussi aux pays suivants: les données du Canada n'incluent pas les hospitalisations au Québec ni celles dans les hôpitaux psychiatriques dans l'ensemble du pays ; la République tchèque inclut seulement les dépenses de la Caisse d'assurance-maladie ; l'Allemagne inclut l'ensemble des dépenses hospitalières ; enfin, pour les Pays-Bas, les données incluent les soins curatifs dans les hôpitaux généraux et spécialisés.

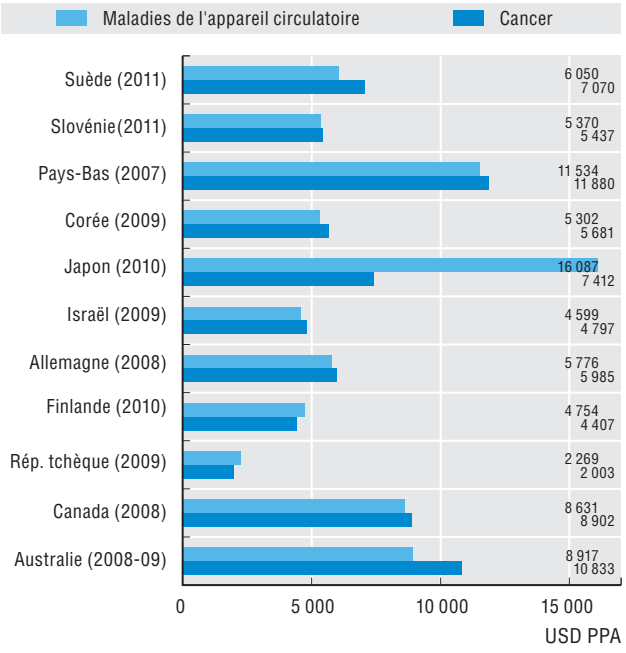
7.5.1. Part des dépenses hospitalières par pathologie, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Allemagne : Bureau fédéral des statistiques (2013) ; Australie : AIHW (2012) ; Canada, Corée, Finlande, Israël, République tchèque, Slovénie et Suède : données non publiées ; Japon et Pays-Bas : calculs de l'OCDE à partir de données publiées.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922671

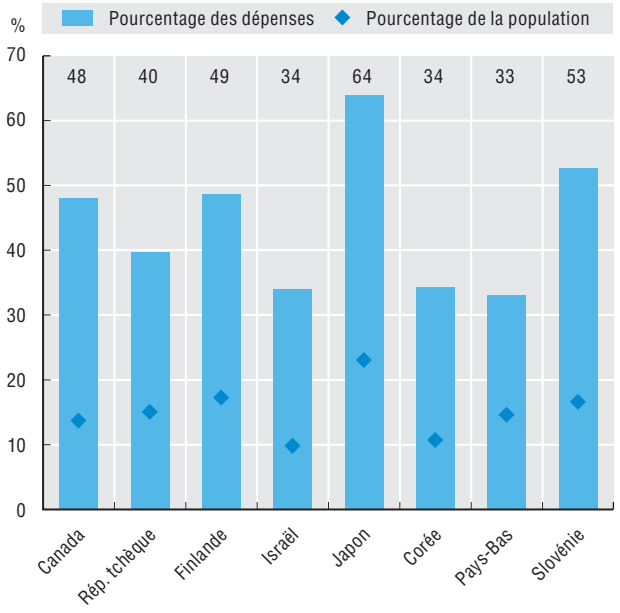
7.5.2. Dépenses par sortie d'hôpital pour deux pathologies, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Allemagne : Bureau fédéral des statistiques (2013) ; Australie: AIHW (2012) ; Canada, Corée, Finlande, Israël, République tchèque, Slovénie et Suède: données non publiées ; Japon et Pays-Bas: calculs de l'OCDE à partir de données publiées.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922690

7.5.3. Dépenses hospitalières pour les personnes âgées de 65 ans et plus, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Allemagne : Bureau fédéral des statistiques (2013) ; Australie: AIHW (2012) ; Canada, Corée, Finlande, Israël, République tchèque, Slovénie et Suède: données non publiées ; Japon et Pays-Bas: calculs de l'OCDE à partir de données publiées.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932922709

Extrait de :

Health at a Glance 2013

OECD Indicators

Accéder à cette publication :

https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2013), « Dépenses par maladie et par âge », dans *Health at a Glance 2013 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-68-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.