

La répartition des dépenses de santé entre les différents services et biens met en évidence divers facteurs, de la charge de morbidité et des priorités du système jusqu'aux aspects et coûts organisationnels. Les dépenses au titre des soins hospitaliers et ambulatoires constituent la majeure partie des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : en moyenne presque deux tiers des dépenses de santé en 2015 (graphique 7.12). Une autre part représentant 19 % des dépenses de santé est consacrée aux biens médicaux (principalement les produits pharmaceutiques), tandis que 14 % se rapportent aux services de soins de longue durée. Les 6 % restants ont été alloués aux programmes de santé publique, à la prévention ainsi qu'à la gouvernance et administration globale du système de santé.

La Grèce enregistre une part de dépenses en soins hospitaliers (y compris les soins de jour dans les hôpitaux) particulièrement élevée, correspondant à 40 % de ses dépenses de santé en 2015. Le secteur des hôpitaux joue aussi un rôle important en Autriche, en France et en Pologne, retenant plus d'un tiers des coûts totaux. Le Portugal et Israël font partie des pays où la part de dépenses en soins ambulatoires est importante (48 % et 47 % respectivement). Les États-Unis rapportent également systématiquement une des parts les plus élevées pour les soins ambulatoires. Toutefois, elle inclut les frais des médecins dans les cas où ceux-ci facturent indépendamment les patients pour les soins hospitaliers.

Les biens médicaux sont la troisième catégorie importante de dépenses de santé. Les circuits de distribution mis en place, l'ampleur du recours aux génériques et les prix relatifs des produits pharmaceutiques sont quelques-uns des principaux facteurs expliquant les variations. En République slovaque (35%) et en Hongrie (32%), les biens médicaux constituent la composante des dépenses de santé la plus importante. Cette part est également élevée en Lettonie, au Mexique et en Grèce, aux environs de 30%. En revanche, elle ne représente que 10 à 11 % des dépenses de santé totales au Danemark, au Luxembourg et en Norvège.

Il existe aussi des différences entre les pays en ce qui concerne la quantité de dépenses consacrées aux services de soins de longue durée (voir le chapitre 11). La Norvège, la Suède et les Pays-Bas, qui ont des dispositifs structurés pour la prise en charge des personnes âgées et dépendantes bien établis, allouent aux soins de longue durée plus d'un quart du total de leurs dépenses de santé. Alors que dans de nombreux pays d'Europe du Sud et d'Europe centrale et orientale où le secteur des soins de longue durée est plus informel, les dépenses en services dans ce domaine représentent une part beaucoup plus faible.

Le ralentissement des dépenses de santé constaté dans de nombreux pays de l'OCDE après la crise économique a touché l'ensemble des catégories du secteur de santé, bien qu'à des degrés divers (graphique 7.13). Les dépenses en produits pharmaceutiques ont été réduites de 0.5 % par an alors qu'elles augmentaient au rythme de 2.3 % par an dans la période qui a précédé la crise, et encore plus fortement dans les années 90 et au début de la décennie 2000. Malgré la protection initiale des budgets de santé publique, les dépenses de prévention ont également commencé à baisser dans environ la moitié des pays de l'OCDE à partir de 2009. En moyenne, les dépenses en soins préventifs ont diminué de 0.2 % par an, après avoir connu des taux de croissance très élevés durant la période 2003-09 (4.6 %). 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 (Gmeinder et al., à paraître).

Les dépenses en soins de longue durée, ambulatoires et hospitaliers ont continué à augmenter, mais à un rythme nettement réduit depuis 2009. Globalement, le taux de croissance des dépenses en soins ambulatoires a été divisé quasiment de moitié (2.3 % contre 4 %), tout en restant positif dans la majorité des pays de l'OCDE. Certains gouvernements ont décidé de protéger les dépenses au titre des soins primaires et des 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, qui s'élevait auparavant à 2 %, a été divisé de près de moitié et, dans environ un quart des pays de l'OCDE, est devenu négatif entre 2009 et 2015. 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, Eurostat et OMS, 2017) définit les frontières du système de santé d'un point de vue fonctionnel, les fonctions des soins faisant référence aux différents types de services et biens 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 – faisant référence à la gouvernance et l'administration du système de santé global plutôt qu'au niveau des prestataires de santé). Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de prestation (patients hospitalisés, soins de jour, soins ambulatoires ou à domicile).

S'agissant des soins de longue durée, seuls les aspects médicaux sont 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. De ce fait, l'estimation des dépenses en soins de longue durée reste un des principaux facteurs qui limitent la comparabilité des données entre les pays.

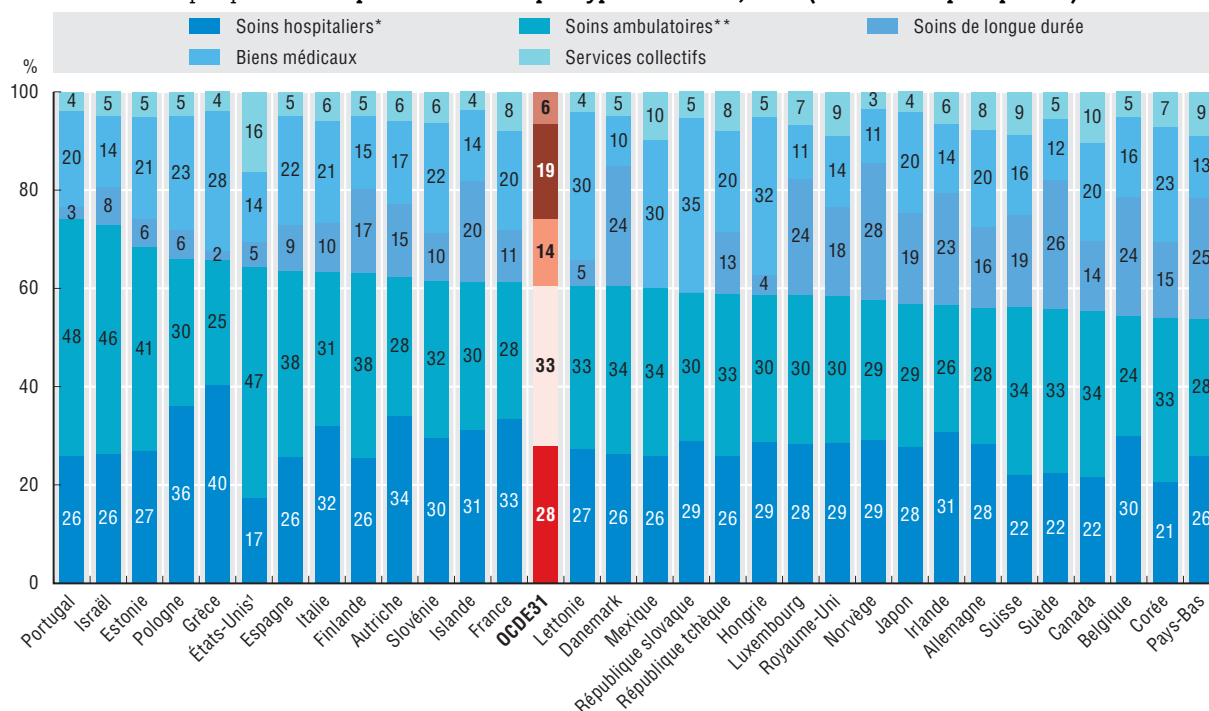
Pour le calcul des taux de croissance en termes réels, des déflateurs couvrant l'ensemble de l'économie ont été utilisés.

Références

Gmeinder, M., D. Morgan et M. Mueller (à paraître), « How Much Do OECD Countries Spend on Prevention? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE, Eurostat et OMS (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.

Graphique 7.12. Dépenses de santé par type de service, 2015 (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.

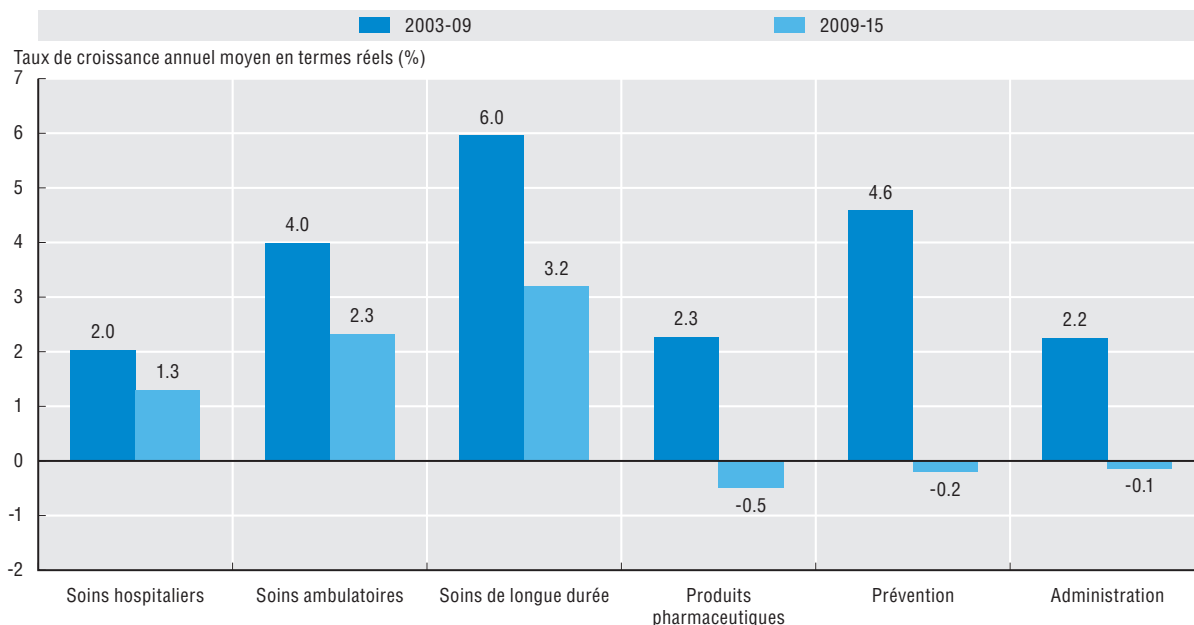
** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

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 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608884>

Graphique 7.13. Variations des dépenses de santé par habitant pour une sélection de services, moyenne de l'OCDE, 2003-15



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933608903>



Extrait de :
Health at a Glance 2017
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2017), « Dépenses de santé par type de service », dans *Health at a Glance 2017 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-48-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.