

Chapitre 1.

Tendances à l'accélération des dépenses de santé

Howard Oxley, auparavant membre de la Division de la Santé,
et David Morgan, Division de la Santé, OCDE

Ce chapitre examine la progression des dépenses de santé et les principaux éléments de cette augmentation. Il s'intéresse ensuite aux raisons qui expliquent les écarts importants entre les niveaux de dépenses des pays de l'OCDE et de la Communauté européenne.

Introduction

D'une manière générale, les dépenses de santé ont enregistré une hausse supérieure à celle du PIB et du revenu par habitant dans presque tous les pays de l'OCDE. Aujourd'hui, les dépenses consacrées aux produits et aux services de santé absorbent une grande part des ressources totales d'une économie, part qui ne cesse d'augmenter. En moyenne, les dépenses totales de santé s'élevaient à un peu moins de 9 % du PIB en 2006, contre un peu plus de 5 % en 1970 et 7 % environ en 1990. En dépit du ralentissement récent de la hausse des dépenses, les dernières projections de l'OCDE laissent à penser que les pressions devraient se poursuivre, même si le montant de la hausse estimée dépend des hypothèses retenues¹.

La plupart des pays cherchent des solutions pour améliorer la performance de leurs systèmes de santé, notamment en optimisant la rentabilité et l'efficacité des soins. Ces efforts devraient contribuer ainsi à l'amélioration de la viabilité financière à long terme des systèmes de santé, plus particulièrement dans les pays dont le niveau de dépenses est déjà élevé. Cependant, même les pays dont le niveau de dépenses est plus bas étudient d'autres politiques qui leur permettraient de limiter la hausse de leurs dépenses de santé.

Pour préparer l'examen des solutions visant à améliorer l'efficacité des systèmes de santé, le présent chapitre analyse dans un premier temps la progression des dépenses de santé et les principaux éléments de cette augmentation au cours des dix dernières années. Il porte ensuite sur les écarts entre les niveaux de dépenses des pays et sur les raisons susceptibles d'expliquer ces profondes variations. Ces informations pourraient aider les pays à déterminer dans quels domaines ils doivent cibler leur action à l'avenir. Ce chapitre s'appuie largement sur la *Base de données Eco-Santé OCDE* (OCDE, 2007a ; OCDE, 2008) et sur le *Panorama de la santé* (OCDE, 2007b).

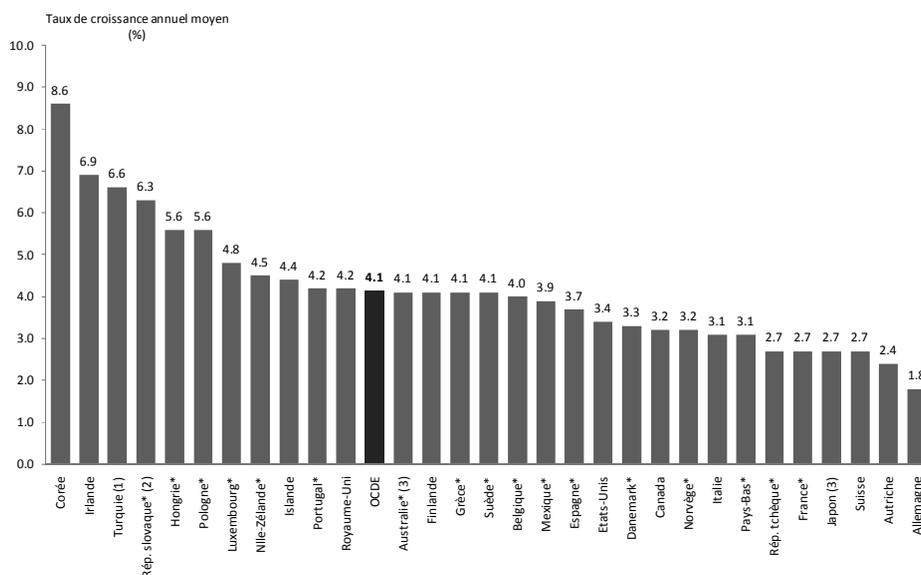
Caractéristiques de l'augmentation des dépenses au cours des dernières années

Augmentation des dépenses de santé depuis 1995

Entre 1995 et 2006, on estime que les dépenses de santé par habitant ont augmenté en moyenne d'un peu plus de 4 % par an (graphique 1.1). Les pays qui ont accusé la plus forte hausse sur cette période sont en général ceux qui affichaient un niveau de dépenses de santé relativement bas par rapport au PIB au milieu des années 90, comme la Corée, l'Irlande et la Turquie, où les

taux de progression ont atteint le double de la moyenne enregistrée dans les pays de l'OCDE sur la période (graphique 1.2). D'autres pays, comme l'Allemagne, la France, le Japon et la Suisse, n'ont pâti que d'une augmentation limitée des dépenses de santé sur la même période, sous l'effet de mesures de maîtrise des coûts et de l'impact, sur la demande de soins, du ralentissement de la croissance du revenu moyen dans ces pays. En 2006, les dépenses de santé réelles par habitant dans ces pays n'avaient augmenté que de 20 à 30 % par rapport à 1995, contre une hausse supérieure à 50 % à l'échelle de l'OCDE.

Graphique 1.1. Taux de progression annuel moyen des dépenses de santé par habitant, 1995-2006



* Rupture des séries chronologiques.

1. 1999-2005.

2. 1997-2005.

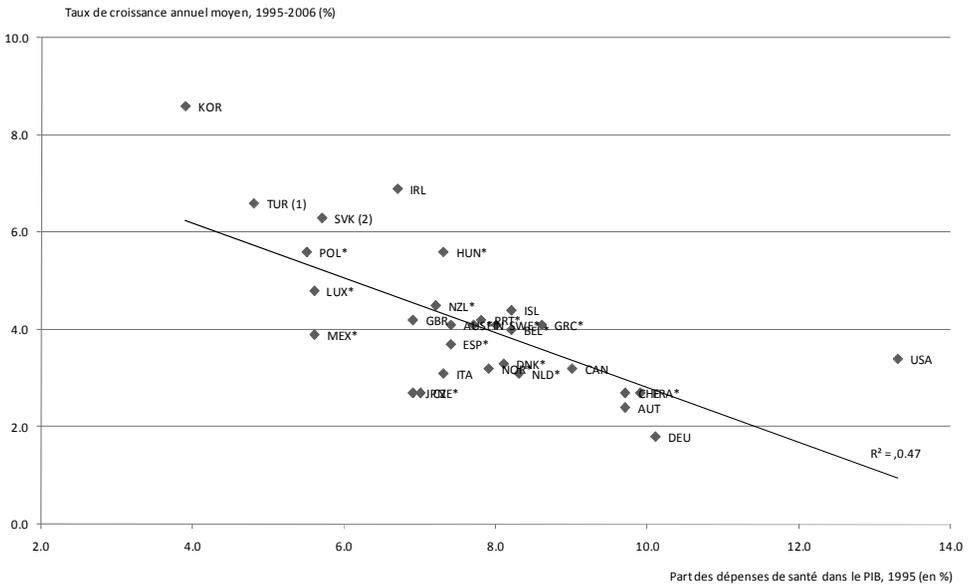
3. 1995-1995.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Cette période peut être divisée en trois cycles distincts (graphique 1.3). Le milieu des années 90 a été marqué par une augmentation relativement faible des dépenses de santé, avec un taux de progression légèrement supérieur à celui de la croissance économique. Entre la fin des années 90

et 2003 environ, les dépenses de santé globales ont fortement augmenté dans les pays de l'OCDE, avec un taux de progression presque deux fois supérieur à celui de la croissance économique. Aux États-Unis, si les organismes d'assurance maladie étaient plus ou moins parvenus à maîtriser les dépenses de santé au cours des années 90, la réaction hostile des consommateurs et des prestataires face aux formes les plus restrictives de la gestion intégrée des soins a conduit les organismes d'assurance à adopter une stratégie moins interventionniste, ce qui a relancé l'augmentation rapide des dépenses. Dans d'autres pays comme le Royaume-Uni, le Canada et l'Irlande, la croissance des dépenses de santé a reflété des politiques spécialement conçues pour accroître le niveau des dépenses publiques dans le domaine de la santé. Dans ces pays, le strict contrôle du budget mis en œuvre au cours des années précédentes était à l'origine de contraintes au niveau des capacités et des services chirurgicaux (Colombo et Morgan, 2006).

Graphique 1.2. Part des dépenses de santé dans le PIB en 1995 et croissance des dépenses de santé par habitant entre 1995 et 2006



* Rupture des séries chronologiques.

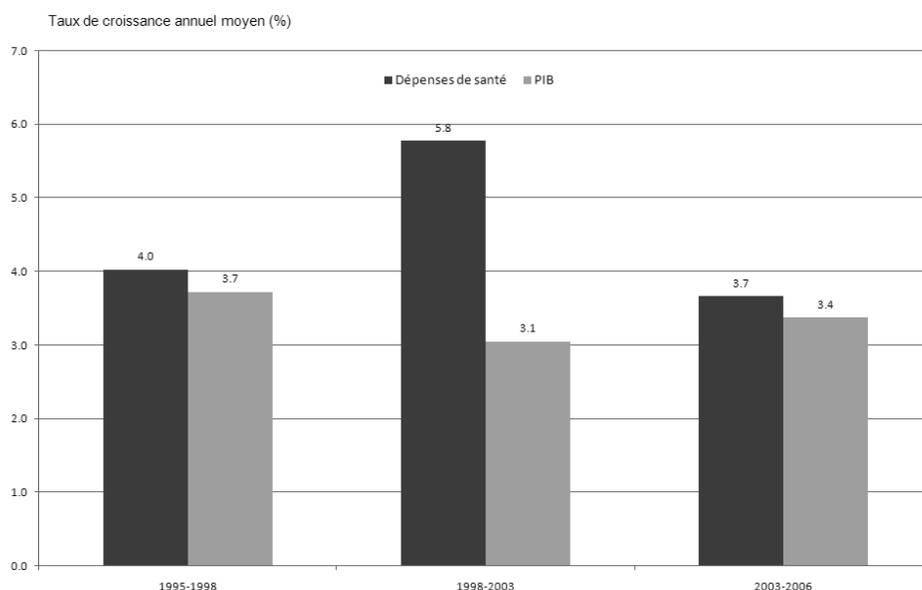
1. 1999-2005.

2. 1997-2005.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Des données plus récentes couvrant la période 2003-06 révèlent un ralentissement de la croissance moyenne des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Au cours de cette période, le taux de progression des dépenses de santé s'est aligné sur celui observé au milieu des années 90, tandis que le taux de croissance de l'économie dans son ensemble est resté relativement stable. Il n'est pas encore certain que ce ralentissement se poursuive à long terme. Par le passé, nombre des politiques visant à maîtriser la hausse des dépenses n'ont été efficaces qu'à court ou moyen terme et ont dû être complétées par des trains de mesures supplémentaires successifs².

Graphique 1.3. Taux de progression annuel moyen des dépenses de santé et du PIB, 1995-2006



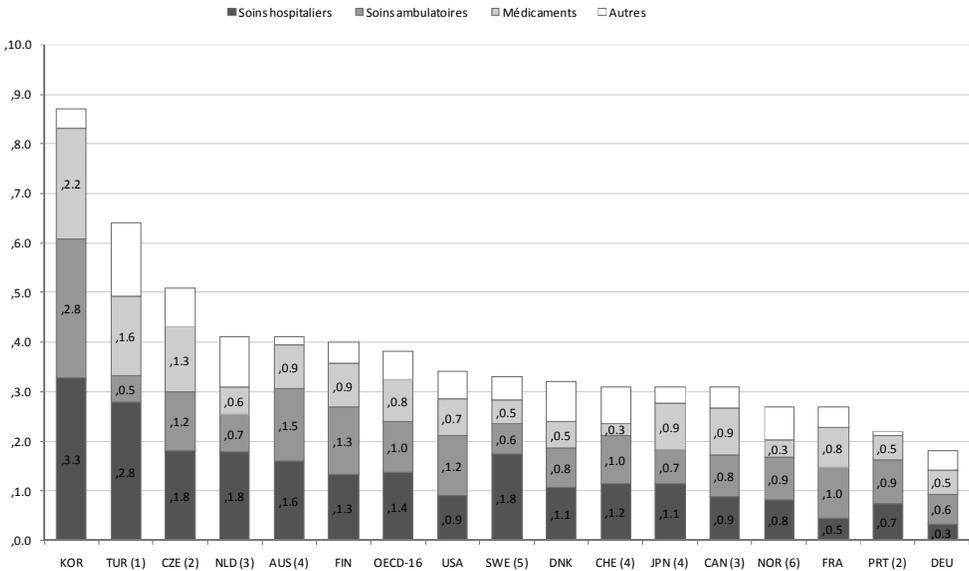
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Principaux moteurs de la progression des dépenses de santé

Les dépenses consacrées aux produits médicaux, et plus particulièrement aux médicaments, ont augmenté rapidement dans la plupart des pays de l'OCDE, et représentent une part croissante du total des dépenses de santé. Depuis 1995, la hausse des dépenses en médicaments s'élève en moyenne à 4.6 %, contre une progression annuelle

de 4.0 % des dépenses totales de santé. Les produits pharmaceutiques représentaient 17 % environ des dépenses de santé, soit 1.5 % du PIB, en 2006. Néanmoins, en dépit d'une croissance plus rapide, les médicaments représentent une moindre part des dépenses de santé par rapport à leurs deux autres composants principaux (les soins hospitaliers et les soins ambulatoires) et leur contribution à l'augmentation globale des dépenses de santé a été plus limitée entre 1995 et 2006 (graphique 1.4). Au total, pour le groupe de pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données concordantes, les médicaments ont représenté près d'un cinquième de la progression globale des dépenses de santé, contre plus de 60 % pour les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.

Graphique 1.4. Contribution à la hausse annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant, 1995-2006



1. 1999-2005 ; 2. 2000-06 ; 3. 1998-2006 ; 4. 1995-2006 ; 5. 2001-06 ; 6. 1997-2005.

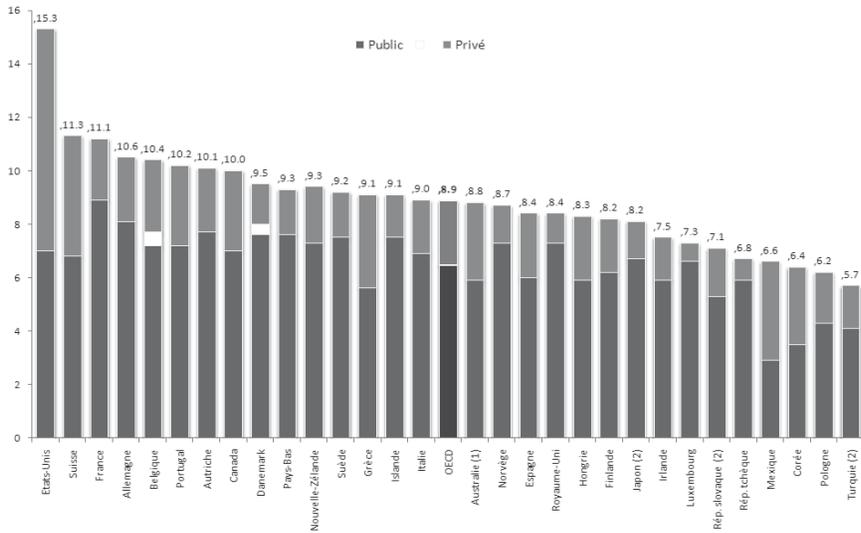
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Là encore, il existe des variations importantes entre les pays. Au Canada par exemple, bien que sur une période plus courte, les médicaments constituent le principal moteur de la hausse des dépenses de santé, avec une contribution de près d'un tiers. Près de 30 % de la croissance des dépenses de santé est imputable aux médicaments en France, en Allemagne et au Japon. Le secteur ambulatoire est le plus important au Portugal, en France et aux États-Unis, contribuant pour 40 % environ à l'augmentation globale des dépenses de santé, peut-être sous l'effet de la montée en puissance des soins ambulatoires par rapport aux soins hospitaliers dans ces pays. Malgré tout, le secteur hospitalier demeure le principal contributeur à la hausse globale des dépenses de santé : les Pays-Bas, la Suède et la Turquie se caractérisent par exemple par une part élevée des soins hospitaliers dans leurs dépenses de santé, par rapport à une faible contribution des soins ambulatoires³.

La part des dépenses de santé dans le PIB

Dans l'ensemble, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a augmenté au cours des dernières décennies. Dans 24 pays de l'OCDE pour lesquels des données historiques comparables sont disponibles, cette proportion est passée d'une moyenne de 6.6 % en 1980 à 7.2 % en 1990 et 9.3 % en 2006. Cependant, les variations sont très marquées d'un pays à l'autre. Les États-Unis affichent le niveau de dépenses le plus élevé dans les biens et services de santé depuis 1980. Le nombre de pays consacrant plus de 10 % de leur PIB aux biens et services de santé s'élevait à huit en 2006, contre quatre en 2000 et seulement deux pays en 1995 (graphique 1.5). À l'autre extrême, la République tchèque, la Corée, le Mexique, la Pologne et la Turquie dépensent moins de 7 % de leur PIB en produits et services de santé. Ces écarts sont encore plus prononcés sur la base des dépenses par habitant, même si ces résultats ne tiennent pas compte des variations en termes de revenu moyen par habitant (graphique 1.6). Néanmoins, après prise en compte du revenu, des écarts marqués persistent dans le niveau des dépenses par habitant pour des tranches de salaires similaires (graphique 1.7).

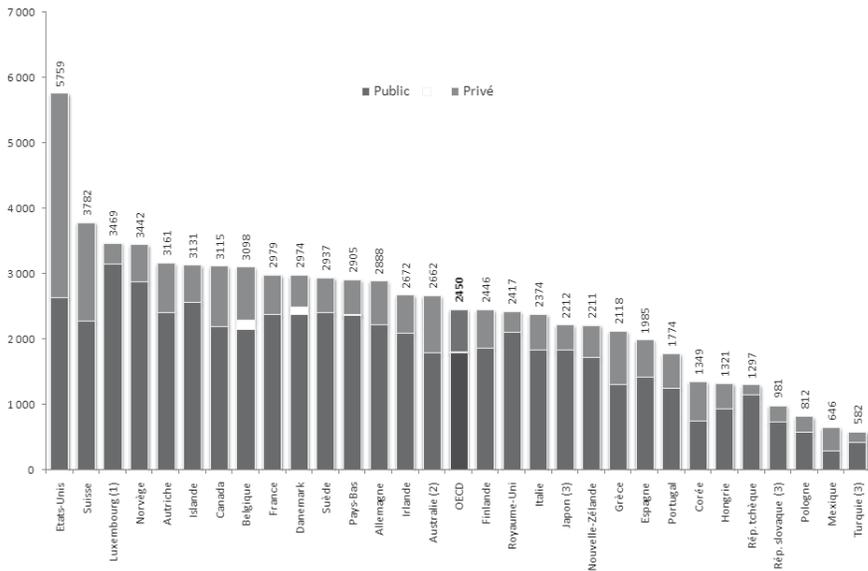
Graphique 1.5. Total des dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2006



1. 2005/06 ; 2. 2005.

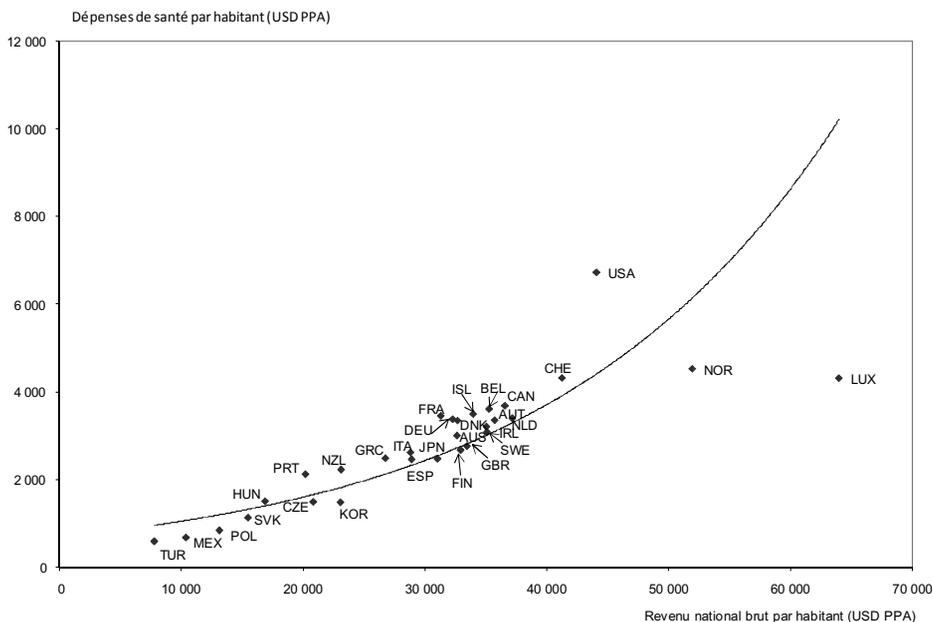
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Graphique 1.6. Total des dépenses de santé par habitant (USD à PPA 2000), 2006



1. Population couverte au lieu de population résidente ; 2. 2005/06 ; 3. 2005.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Graphique 1.7. Dépenses de santé et revenu national par habitant, 2006

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Facteurs pouvant influencer sur les variations des dépenses de santé

De nombreuses études ont tenté d'expliquer les variations des dépenses de santé à l'échelle internationale, en s'appuyant souvent sur le niveau élevé des dépenses aux États-Unis⁴. S'il semble évident que les différences de revenus constituent une variable importante, les facteurs institutionnels, démographiques ou autres n'expliquent pas entièrement la part restante des variations⁵. Bien que les recherches ne soient pas concluantes, les décideurs doivent néanmoins faire des choix en vue d'améliorer les performances, en mettant l'accent sur les facteurs relatifs à la demande, à l'offre ou à une combinaison des deux. Cette section présente un certain nombre de facteurs pouvant expliquer les écarts de dépenses entre les pays en faisant la distinction entre ces deux aspects. Elle repose sur des recherches existantes et sur des données extraites de diverses sources. Il ne s'agit pas d'une démarche inédite puisqu'elle a déjà été utilisée de la même manière par le Congressional Research Service (2007).

Plusieurs mises en garde s'imposent à ce sujet. Premièrement, les données ne correspondent pas nécessairement à la distinction faite entre les facteurs qui représentent l'offre et ceux qui se situent du côté de la demande. Par exemple, un faible taux d'utilisation du système de santé (tel que mesuré par le nombre de contacts des patients avec les prestataires de soins primaires) pourrait être le fruit d'une préférence pour les soins auto-administrés ou de la participation aux dépenses, alors qu'il peut simplement refléter une pénurie de l'offre. Ainsi, le faible niveau des soins au Mexique et en Turquie peut être lié à un nombre insuffisant de médecins, notamment dans les zones rurales. Comme l'indiquent Hurst et Siciliani (2004), il existe un lien étroit entre les listes et les délais d'attente et les dépenses consacrées à l'offre de soins chirurgicaux.

En second lieu, si les données de l'OCDE sur la santé reflètent les efforts importants déployés pour garantir des définitions communes, des problèmes de comparabilité des données persistent. Lorsque d'importantes difficultés de comparaison demeurent, elles sont donc mentionnées dans le texte. Enfin, restent des problèmes d'interprétation. Les données disponibles peuvent expliquer certains des écarts quant à l'efficacité des services, mais des soins efficaces pourraient ne pas être souhaitables s'ils sont inefficaces en termes de résultats sur le plan de la santé ou de qualité technique⁶. De plus, chaque ressource entrant dans la composition des soins ne peut pas nécessairement être répartie en fonction du prix ou du volume. Si les données s'améliorent, il est toujours difficile de trouver des prix de produits médicaux, tels que les produits pharmaceutiques, comparables entre les pays.

Demandes imposées au système de santé

Les exigences des populations par rapport au système de santé semblent varier considérablement. Plusieurs explications sont possibles : des niveaux de revenu différents, la pyramide des âges, la prévalence des maladies et les modes d'utilisation. Les variations de la demande peuvent également refléter un recours plus ou moins important à l'auto-médication⁷ ainsi qu'un système de participation aux coûts ou d'autres mesures limitant l'accès ou la demande de soins.

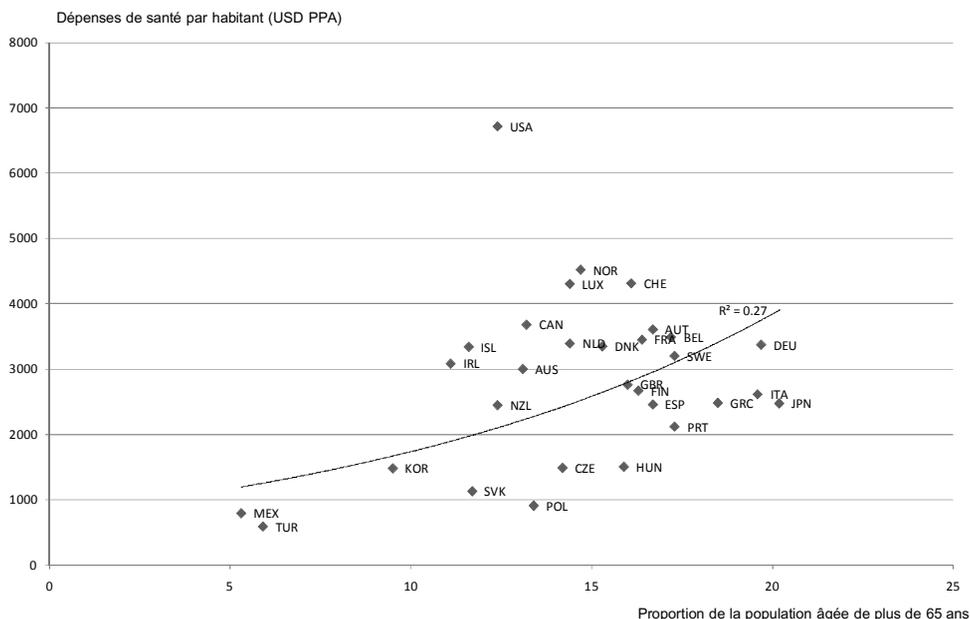
Des niveaux de revenu différents

Comme cela a déjà été évoqué, les groupes de population bénéficiant de revenus élevés tendent à avoir davantage de demandes en matière de santé et à consacrer une plus grande partie de leur revenu global aux produits et services de santé.

La pyramide des âges

La composition et la structure de la population d'un pays peuvent jouer un rôle clé dans ses dépenses actuelles et futures en matière de santé et de soins de longue durée. Les populations âgées tendent à être en moins bonne santé et donc à peser davantage sur le système de santé. Il est donc raisonnable de penser que le vieillissement de la population et les variations de la structure démographique entre les pays pourraient contribuer à expliquer les écarts observés en termes de dépenses de santé. La part de la population âgée de 65 ans ou plus a augmenté et cette tendance devrait se poursuivre dans tous les pays de l'OCDE. Alors qu'au Mexique et en Turquie, un peu plus de 5% seulement de la population est âgée de plus de 65 ans, au Japon, en Allemagne et en Italie, un personne sur cinq appartient à cette tranche d'âge (graphique 1.8). À cet égard, le graphique 1.8 montre une corrélation faible mais positive entre la proportion de la population âgée et le niveau des dépenses de santé par habitant.

Graphique 1.8. Part de la population âgée de 65 ans et plus et niveau des dépenses de santé par habitant, 2006

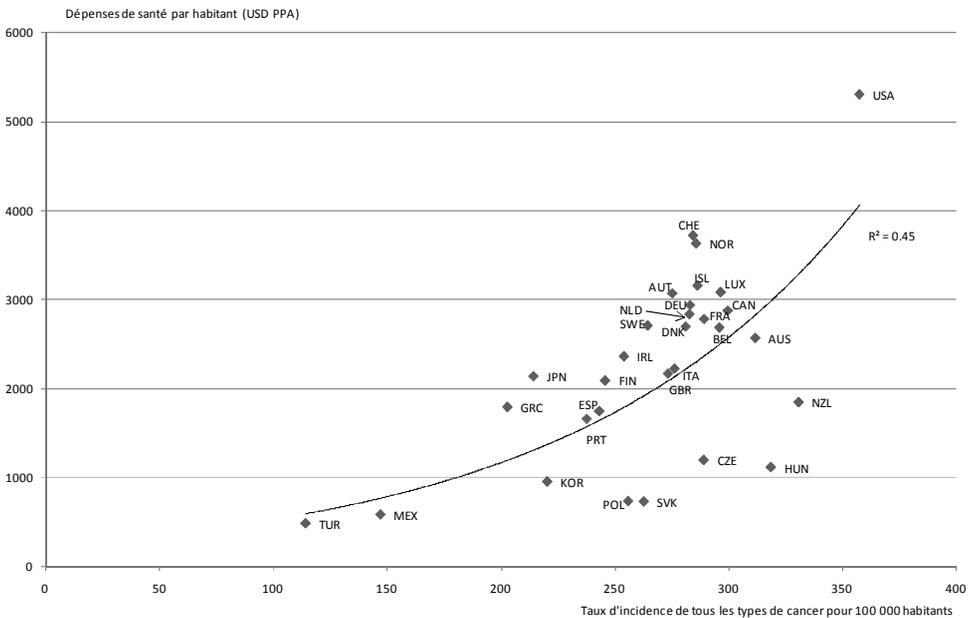


Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Types de maladies

La prévalence des maladies constitue également un indicateur important. Le cancer est, derrière les maladies du système circulatoire, la deuxième cause de mortalité dans les pays de l'OCDE. Le diagnostic et le traitement des différentes formes de cancer représentent donc à ce titre une part importante des dépenses de santé. Le graphique 1.9 illustre les variations du taux d'incidence (ajusté en fonction de l'âge) pour tous les types de cancer dans les pays de l'OCDE et sa relation avec le niveau des dépenses de santé par habitant. La variation des taux d'incidence peut en partie être attribuée à l'efficacité du système de santé dans le dépistage et le diagnostic du cancer.

Graphique 1.9. Taux d'incidence de tous les types de cancer et niveau des dépenses de santé par habitant, 2002



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

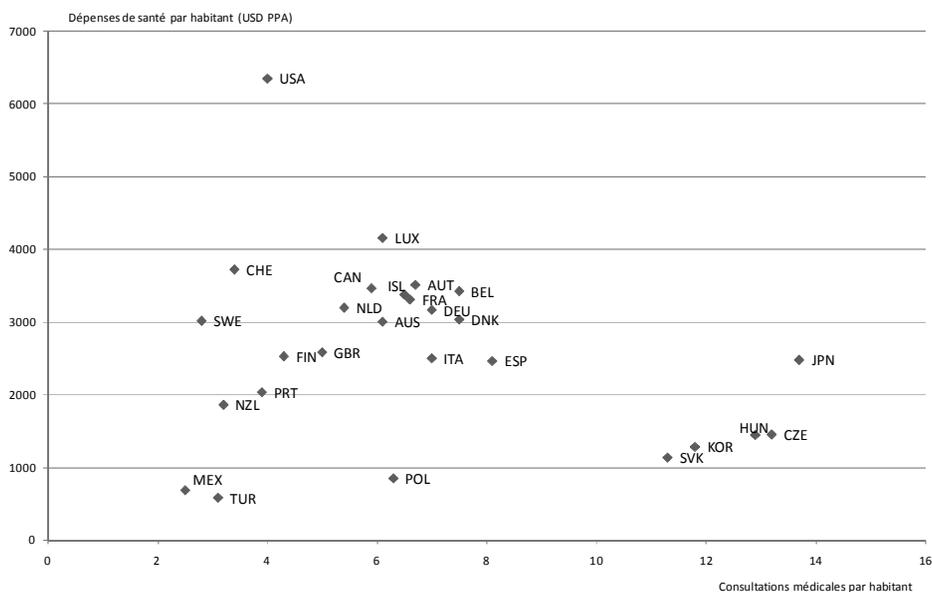
Utilisation

Les consultations médicales par habitant et le nombre de sorties de l'hôpital constituent deux indicateurs au sens large des activités liées aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires, qui représentent près des deux

tiers de l'ensemble des dépenses de santé. Néanmoins, les données doivent être interprétées avec prudence, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est difficile de distinguer le rôle des facteurs liés à l'offre et celui des facteurs liés à la demande.

En dépit des différences nationales dans la définition et dans les sources des données (sources administratives ou enquêtes par exemple), les variations dans le taux de consultation par habitant sont très importantes : ainsi, il est cinq fois inférieur en Suède, au bas de la fourchette, par rapport au Japon et à la République tchèque, en haut de la fourchette (graphique 1.10). Parallèlement, certains des pays affichant un niveau élevé de dépenses de santé, comme le Canada, la France, les États-Unis et la Suisse, se caractérisent par un taux de consultation par habitant inférieur à la moyenne de l'OCDE.

Graphique 1.10. Consultations médicales et dépenses de santé par habitant, 2005 (ou dernière année disponible)



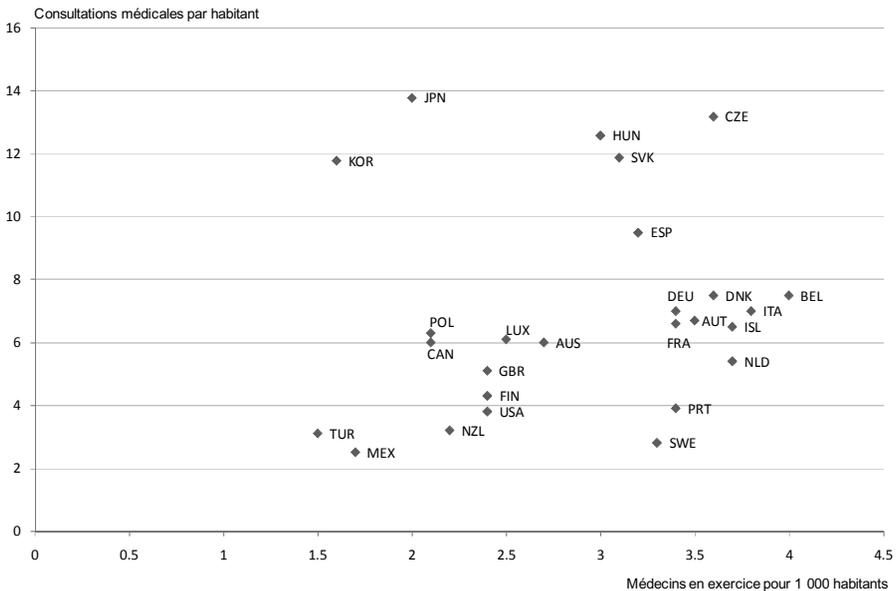
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE 2008*.

Les facteurs organisationnels et culturels peuvent également jouer un rôle : présence d'un système de filtrage pour l'orientation des patients, mécanismes de participation aux coûts, degré et composition de la

spécialisation et rôles endossés par les praticiens (par rapport à d'autres prestataires de services de santé) dans les différents pays sont autant d'éléments à prendre en compte. La recherche semble indiquer que les systèmes ayant adopté le paiement à l'acte pour les médecins se caractérisent par des taux de consultation plus élevés, tandis que ceux où les médecins sont salariés ou rémunérés à la capitation présentent des taux de consultation inférieurs (Fujisawa et Lafortune, 2008). Ce phénomène laisse à penser que les modalités de paiement des prestataires de services de santé peuvent avoir une influence certaine sur le nombre de services assurés.

Il est également possible que les variations des taux de consultation reflètent l'offre de prestataires, autrement dit, les patients consultent leur médecin moins fréquemment dans les pays où ces derniers sont moins nombreux par habitant. Le graphique 1.11 donne toutefois à penser que ces effets ne sont pas importants lorsqu'ils sont envisagés dans le cadre de cette approche globale. D'autres études de l'OCDE (OCDE, 2005 ; OCDE, 2008 ; OCDE, à paraître) suggèrent que l'offre de médecins pourrait être insuffisante au Mexique et en Turquie, plus particulièrement dans les zones rurales.

Graphique 1.11. Consultations médicales et densité de médecins, 2005



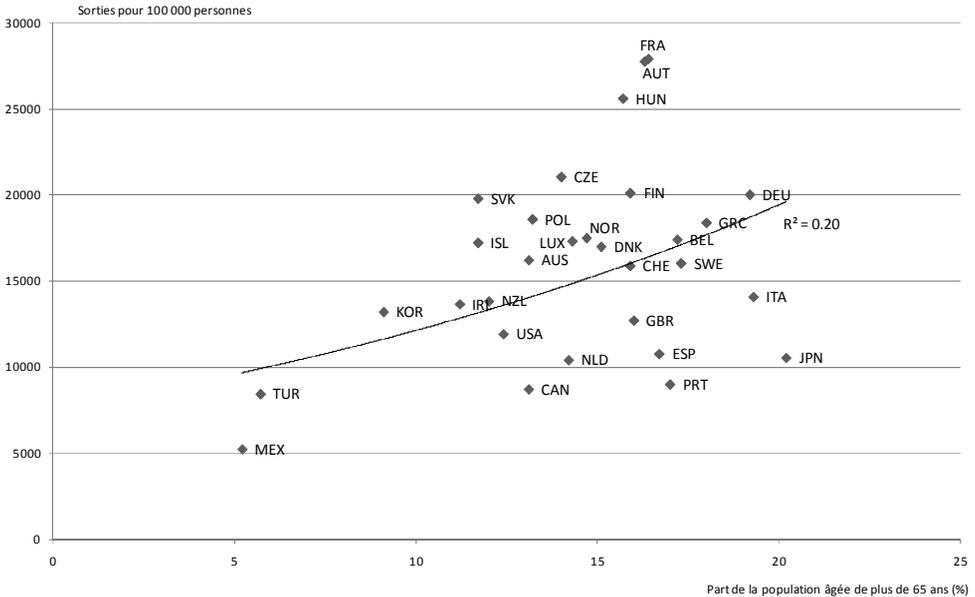
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE 2008*.

Si le lien entre le nombre de médecins et le nombre total des consultations est faible, il existe d'importants écarts entre les pays ayant une densité de médecins similaire⁸. Le Japon et la Corée affichent un profil similaire, avec une densité de médecins relativement faible et des taux de consultation élevés. La Hongrie, les Républiques tchèque et la slovaque présentent également des caractéristiques semblables, avec un taux de densité de médecins relativement élevé auquel correspond un taux de consultation élevé. Bien que cela puisse être lié à des facteurs culturels ou organisationnels, comme le temps passé avec chaque patient ou les tâches administratives remplies par les médecins (vérification des arrêts de travail ou renouvellement des prescriptions, par exemple), elles laissent néanmoins à penser que la disponibilité variable des médecins ne pèse pas nécessairement sur l'accès aux soins, ce qui pourrait indiquer que les modalités d'organisation des soins peuvent contribuer à expliquer les écarts observés entre les pays en termes de coûts et d'efficacité.

Les taux de sortie d'hôpital, qui mesurent l'activité liée aux soins hospitaliers, varient du simple au triple. Même si les différences de définition entre les pays (comme la prise en compte des sorties le jour de l'admission et les transferts entre les services) peuvent fausser les comparaisons à l'échelle internationale, ces écarts semblent refléter en partie les variations de la structure de la population et les besoins de soins croissants des personnes âgées. Dans la mesure où ces dernières représentent une part disproportionnée du total des sorties d'hôpital (HES, 2007), les pays caractérisés par des populations relativement « jeunes » comme l'Australie, le Canada, la Corée, l'Irlande et la Nouvelle-Zélande, affichent des taux de sortie inférieurs à la moyenne de l'OCDE et inversement, hormis des exceptions notables telles que l'Espagne et le Japon (graphique 1.12)⁹.

Si certains pays ayant un niveau de dépenses de santé élevé comme l'Allemagne et la France présentent des taux de sortie largement supérieurs à la moyenne, d'autres, tels que les États-Unis et la Suisse, affichent des taux inférieurs à la moyenne de l'OCDE, ce qui suggère là encore que les comportements et les facteurs institutionnels pourraient exercer une influence sur ces taux.

Graphique 1.12. Taux de sortie d'hôpital et part de la population âgée de plus de 65 ans, 2005



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Les facteurs liés à l'offre

Les écarts entre les pays peuvent traduire des variations du volume des ressources, par exemple nombre de professionnels de la santé, disponibilité du capital physique (lits d'hôpital, etc.), produits intermédiaires comme les médicaments, et frais administratifs. Ces écarts peuvent également être liés à l'intensité technologique des soins¹⁰. Ils peuvent également refléter des variations des prix des ressources ou des soins reçus.

Rémunération des professionnels de la santé

les variations des coûts unitaires peuvent expliquer une large part des écarts de dépenses entre les pays. Les traitements et salaires représentent une proportion importante du total des dépenses de santé, comme en témoignent notamment les écarts entre les coûts unitaires des soins hospitaliers, où les hôpitaux sont rémunérés sur la base de groupes homogènes de malades (GHM) ou de mécanismes similaires.

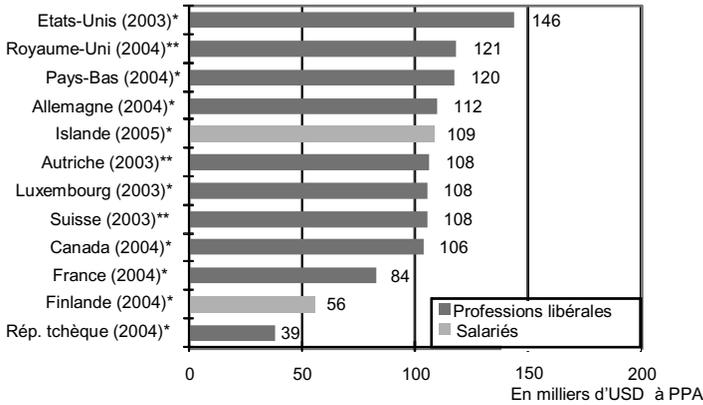
La rémunération des médecins (généralistes et spécialistes) est déterminée en fonction du tarif des actes médicaux – secteur très réglementé. Le niveau des salaires, les paiements à la capitation et les honoraires à l'acte sont généralement fixés au moyen de négociations entre les acheteurs de services de santé (comme les ministères de la santé ou les organismes d'assurance maladie) et les prestataires (associations professionnelles).

Les informations disponibles sur la rémunération des médecins et du personnel infirmier révèlent de fortes variations entre les pays en ce qui concerne les coûts salariaux unitaires. Il ne s'agit bien entendu que d'une mesure approximative des coûts unitaires, dans la mesure où la rémunération globale des médecins dépend à la fois du volume et des coûts unitaires. Il est nécessaire, pour obtenir des évaluations plus précises, d'ajuster la rémunération par rapport aux heures travaillées¹¹.

Dans une étude récente réalisée à partir d'une analyse à plusieurs variables, l'OCDE examine certains des facteurs étayant les variations sensibles observées au niveau de la rémunération des médecins généralistes et des spécialistes dans certains pays (Fujisawa et Lafortune, 2008). Si une grande partie de ces variations demeure inexpliquée, les résultats semblent indiquer que les écarts de rémunération des généralistes sont liés aux caractéristiques propres à chaque système de santé (comme les modalités de rémunération ou l'existence d'un système de filtrage) ainsi qu'à des facteurs relatifs à l'offre, tels que nombre de généralistes par habitant et leur temps de travail. Pour les spécialistes, la méthode du paiement à l'acte (de préférence au salaire), une faible densité de médecins et un temps de travail plus long sont autant de facteurs synonymes de niveaux de rémunération élevés (graphiques 1.13 et 1.14).

L'écart entre la rémunération des médecins et les salaires moyens se creuse par rapport au PIB par habitant, ce qui suggère que les pays caractérisés par des revenus moyens plus élevés pourraient rencontrer davantage de difficultés à contrôler les coûts salariaux dans le secteur de la santé. Cela semble être particulièrement le cas pour les spécialistes installés en profession libérale, dont les revenus peuvent être plusieurs fois supérieurs au revenu national moyen, par exemple aux Pays-Bas et aux États-Unis (graphique 1.15). Les autres différences semblent être liées aux modalités de la rémunération.

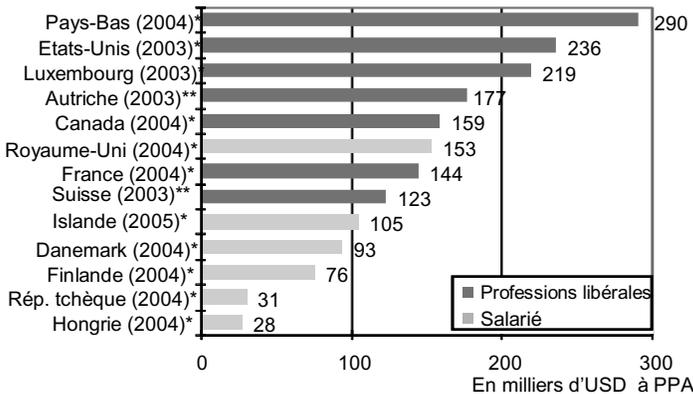
Graphique 1.13. Rémunération des médecins généralistes en USD à PPA, dans certains pays de l'OCDE, 2004 (ou dernière année disponible)



* Fait uniquement référence aux médecins à plein temps et ** correspond à la rémunération moyenne pour tous les médecins, y compris à temps partiel (ce qui aboutit à une sous-estimation). S'agissant de l'Autriche, de la Suisse et des États-Unis, les données couvrent l'ensemble des médecins (salariés et en profession libérale). Dans la mesure où la plupart des généralistes sont installés en profession libérale dans ces pays, elles sont présentées en référence aux médecins libéraux. Pour le Royaume-Uni, les données font référence à la Grande-Bretagne.

Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE* ; et pour les États-Unis, HSC (2006).

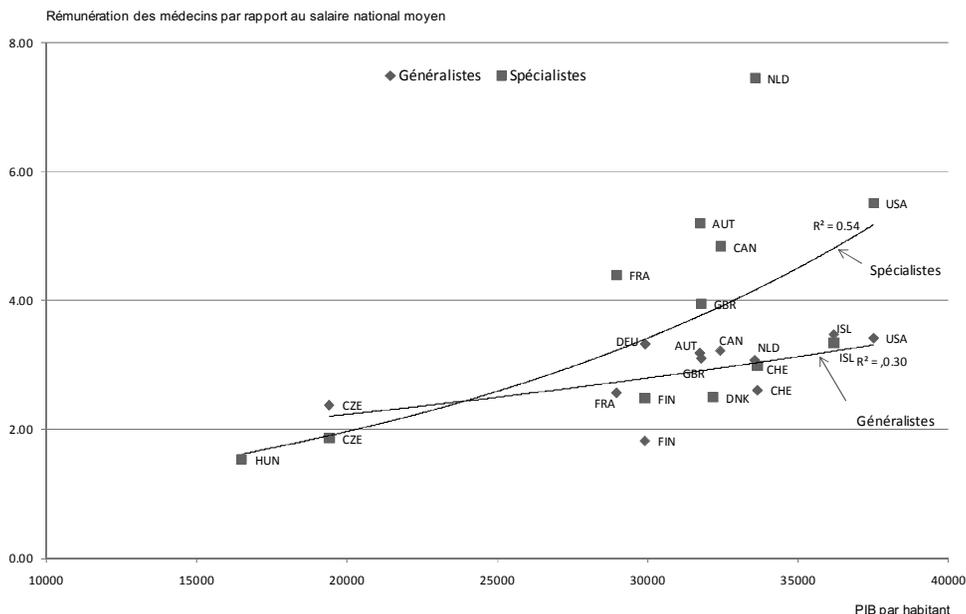
Graphique 1.14. Rémunération des spécialistes en USD à PPA, dans certains pays de l'OCDE, 2004 (ou dernière année disponible)



* Fait uniquement référence aux médecins à plein temps et ** correspond à la rémunération moyenne pour tous les médecins, y compris à temps partiel. S'agissant de l'Autriche et de la Suisse, les données couvrent l'ensemble des médecins (salariés et en profession libérale). Néanmoins, dans la mesure où la plupart des généralistes sont installés en profession libérale dans ces pays, elles sont présentées en référence aux médecins libéraux. Pour le Royaume-Uni, les données font référence à l'Angleterre.

Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE* ; et pour les États-Unis, HSC (2006).

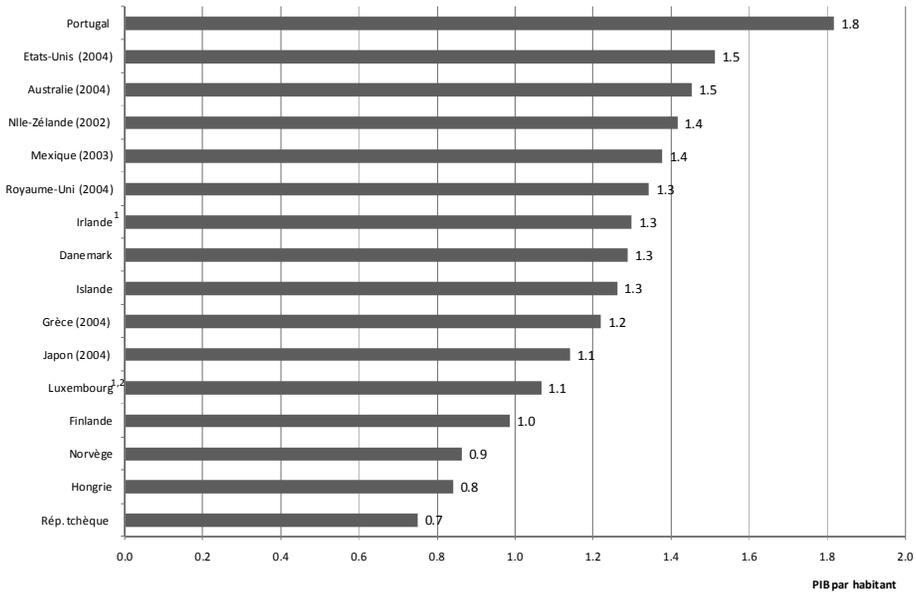
Graphique 1.15. Rémunération des généralistes et des spécialistes en tant que multiple du salaire national moyen par rapport au PIB par habitant, 2004 (ou dernière année disponible)



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Si les comparaisons des salaires du personnel infirmier à l'échelle mondiale montrent une variation moindre que celle observée dans la rémunération des médecins, elle demeure néanmoins importante. Cette variation est moins marquée lorsque la rémunération du personnel infirmier est normalisée sur la base du PIB. Leur rémunération relative au salaire national moyen, mesurée par le biais du PIB par habitant, est la plus élevée au Portugal, suivi par les États-Unis et l'Australie (graphique 1.16). La rémunération la plus faible du personnel infirmier par rapport au salaire national est observée en République tchèque, en Hongrie et en Norvège.

Graphique 1.16. Rémunération du personnel infirmier, par rapport au PIB par habitant, 2005



1. Étant donné que le PIB par habitant surestime le revenu moyen, la rémunération est présentée sous la forme d'un ratio par rapport au revenu national brut.

2. Les données relatives au Luxembourg incluent les aides-soignants.

Source: OCD (2008), *Eco-Santé OCDE*.

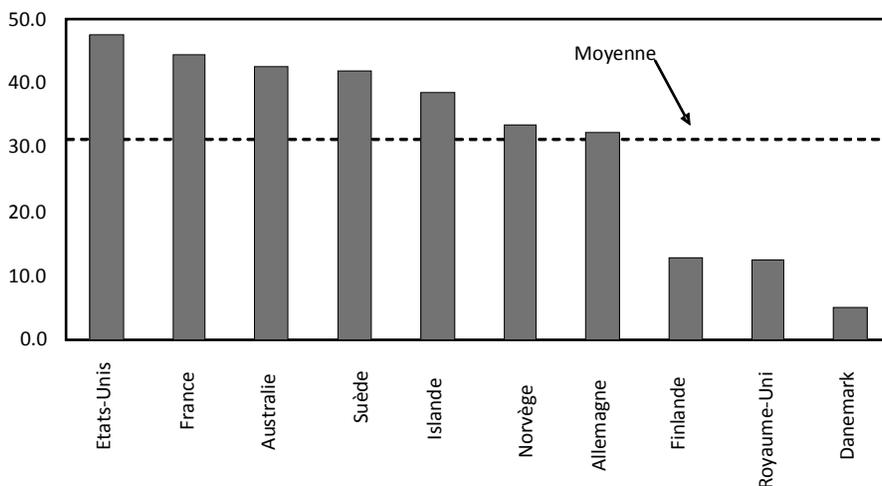
Coûts unitaires dans les établissements hospitaliers

On ne dispose pas encore de données homogènes sur les coûts hospitaliers unitaires qui permettraient des comparaisons exhaustives à l'échelle internationale (Häkkinen et Joumard, 2007). Cependant, une étude exploratoire des coûts hospitaliers unitaires (substitués par les GHM) couvrant sept maladies dans dix pays de l'OCDE, suggère des variations significatives d'un pays à l'autre (Erlandsen, 2007). Ces travaux donnent à penser qu'en moyenne, si les coûts unitaires étaient alignés sur ceux observés dans le pays enregistrant les meilleurs résultats, les coûts moyens pourraient être réduits de 5 à 48 % (graphique 1.17). Par ailleurs, les résultats préliminaires d'une étude comparative des hôpitaux dans quatre pays nordiques mettent en évidence une forte variation de l'efficacité des hôpitaux, même entre les pays dotés de caractéristiques institutionnelles relativement similaires, avec un potentiel de

réduction des coûts compris entre 23 et 44 % en moyenne (Kittelsen *et al.*, 2007). Les données relatives aux écarts observés à l'échelle nationale révèlent également de fortes disparités entre les pays. Dans la mesure où d'importants écarts traduisent un potentiel élevé de gains de productivité, des améliorations sensibles pourraient être obtenues dans certains pays en alignant les performances des hôpitaux les moins efficaces sur les meilleures performances au niveau national.

Graphique 1.17. Potentiel de réduction des coûts unitaires pour sept interventions hospitalières, 2006

Potentiel de réduction des coûts unitaires (en %)



Source : Erlandsen, E. (2007), « Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 555, Editions de l'OCDE, Paris.

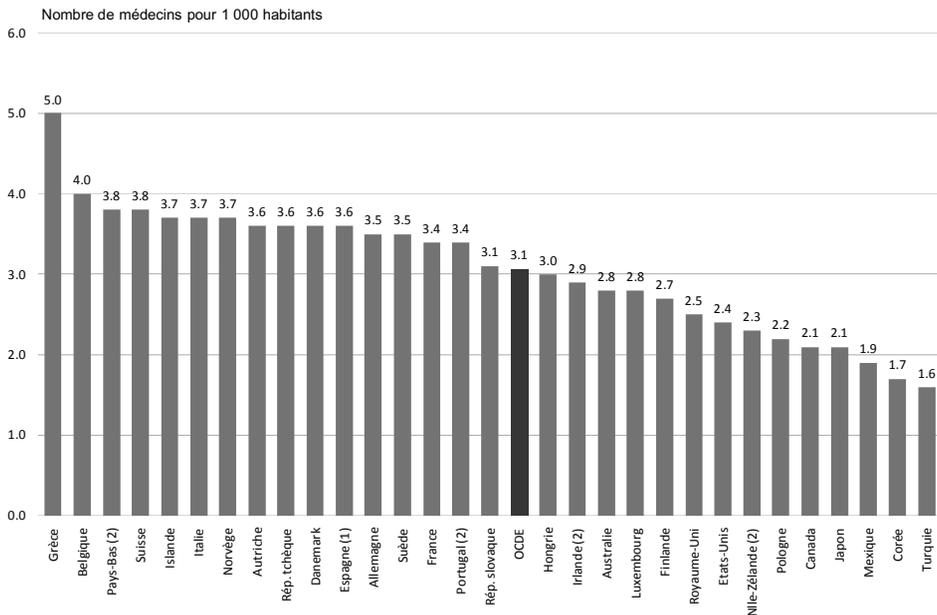
Différences au niveau de l'offre de main-d'œuvre

Le nombre de médecins et de personnels infirmiers a sensiblement augmenté au cours des 30 dernières années dans tous les pays de l'OCDE. Ce phénomène se traduit naturellement par une hausse des dépenses, qui peut être renforcée par l'influence des médecins sur la demande de soins ou l'existence d'une demande accumulée. Quel que soit le lien de cause à effet, les coûts indirects liés au diagnostic et aux décisions de traitement des médecins semblent être solidement orientés à la hausse dans la plupart des

pays de l'OCDE : en moyenne, les dépenses de santé par médecin ont progressé d'un tiers environ en valeur réelle entre 1990 et 2005. La hausse du nombre de médecins, des spécialisations et des dépenses par médecin peut également entraîner parfois l'amélioration de la qualité technique des soins dans certaines conditions (OCDE, 2007).

Une analyse comparative à l'échelle internationale révèle qu'il existe une relation directe entre le revenu mesuré par le PIB et la densité des personnels médicaux, notamment des médecins, ce qui peut en partie expliquer la corrélation positive entre les dépenses de santé et le revenu par habitant illustrée dans le graphique 1.7. Toutefois, il n'existe pas de lien direct entre le niveau du PIB par habitant ou le niveau de rémunération des médecins et la densité de médecins. De nombreux autres facteurs, comme le contrôle du nombre d'inscriptions en école de médecine, la réglementation ou les caractéristiques régionales, exercent une influence dans ce domaine. Ainsi, en dépit d'un niveau élevé de dépenses par habitant et de la forte proportion des dépenses de santé dans le PIB, les États-Unis et le Canada se distinguent par un nombre de médecins inférieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.18).

Graphique 1.18. Médecins en exercice pour 1 000 habitants, 2006

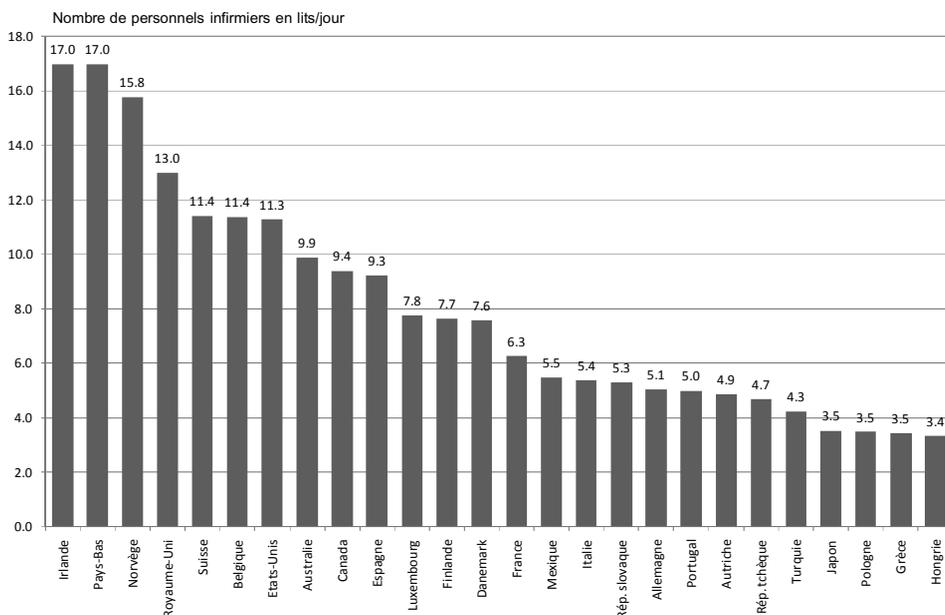


1. Inclut dentistes et stomatologues.
2. Médecins autorisés à pratiquer plutôt qu'en exercice.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

En 2005, il existait aussi des écarts considérables entre les pays au niveau du nombre de personnels infirmiers, compris entre moins de 2 pour 1 000 habitants en Corée et en Turquie à plus de 15 en Norvège et en Irlande, bien que cela puisse ne pas refléter précisément les niveaux de compétence¹². Pour tenir compte des différentes durées de séjour à l'hôpital dans les pays de l'OCDE, le graphique 1.19 présente le nombre de personnels infirmiers en lits/jour (Angrisano, 2007). Des pays comme l'Espagne et les États-Unis se caractérisent par une faible densité de personnel infirmier mais par une durée moyenne de séjour faible, alors que l'inverse est vrai pour la République tchèque et le Japon.

Graphique 1.19. Personnel infirmier en exercice pour 1 000 lits/jour, 2005



Note : Le nombre de personnels infirmiers inclut les professionnels travaillant en dehors du secteur hospitalier.

Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

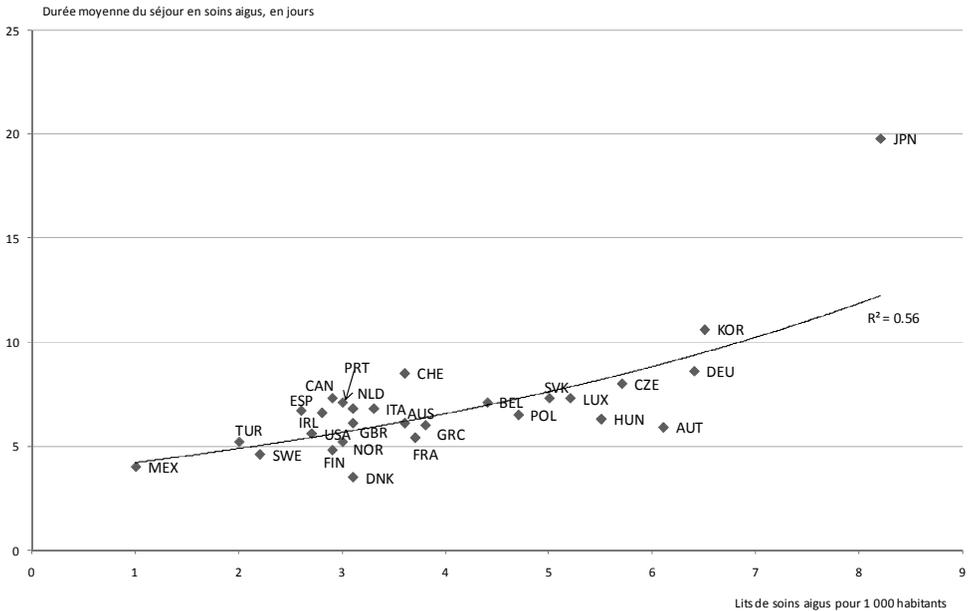
D'une part, des techniques moins invasives et une réduction de la durée moyenne du séjour hospitalier et des lits de soins aigus peuvent entraîner une baisse du nombre de personnels infirmiers, et d'autre part, l'amélioration des compétences et l'augmentation des besoins en matière de soins de longue durée (particulièrement pour les personnes âgées) peuvent aboutir à une hausse de la demande en personnel infirmier.

Nombre de lits de soins aigus et durée moyenne du séjour

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le nombre de lits et la durée moyenne du séjour en hôpital ont diminué au cours des dernières années. La durée du séjour est un critère important pour évaluer l'efficacité : plus elle est courte, plus le coût du traitement est faible. Cependant, ces mesures doivent également tenir compte de l'intensité des services fournis (imagerie de pointe ou traitements coûteux contre le cancer par exemple) et des types de pathologies traitées. Enfin, toute mesure de l'efficacité doit prendre en compte le risque qu'une sortie prématurée de l'hôpital n'entraîne une détérioration de l'état de santé ou une réadmission.

Le nombre de lits de soins aigus varie considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre, dans une fourchette comprise entre plus de 6 lits de soins aigus pour 1 000 habitants en Australie, en Allemagne, en Corée et au Japon, et deux ou moins au Mexique, en Suède et en Turquie. La durée moyenne du séjour est directement liée au nombre de lits disponibles (graphique 1.20), même si ce lien s'affaiblit au fur et à mesure (Oxley et Macfarlan, 1995).

Graphique 1.20. Lits de soins aigus et durée moyenne du séjour hospitalier, 2005



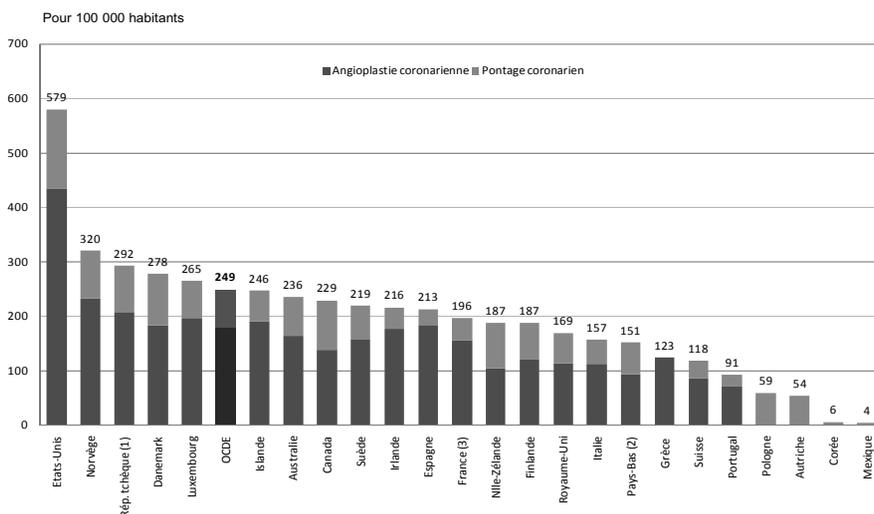
Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

Une augmentation des capacités peut se traduire par un allongement de la durée du séjour, notamment lorsque le paiement est effectué au lit/jour ou lorsque les lits de soins aigus sont utilisés pour des soins de longue durée. L'Allemagne, la Corée et le Japon, qui utilisaient jusqu'à récemment un système de paiement au lit/jour, se distinguent par des séjours de très longue durée. À l'inverse, des séjours de courte durée ont été observés dans certains pays nordiques et au Mexique. Il est également possible que l'utilisation de systèmes où le paiement est déterminé à l'avance sur la base des GHM puisse contribuer à réduire la durée des séjours.

Intensité des soins et recours aux technologies

Il convient également de prendre en compte, dans l'examen des écarts en termes de dépenses hospitalières, l'intensité des soins reçus et le volume de soins médicaux coûteux. Ainsi, le nombre d'interventions cardiovasculaires réalisées aux États-Unis est deux fois supérieur à la moyenne de l'OCDE (graphique 1.21) alors qu'il représente en Suisse moins de la moitié de la moyenne de l'OCDE. L'utilisation de technologies médicales coûteuses n'entraîne pas toujours une augmentation des taux de sortie. Ainsi, la chirurgie ambulatoire de la cataracte a entraîné une diminution des admissions à l'hôpital, et le recours croissant aux médicaments a permis de réduire la fréquence d'hospitalisation de certains patients souffrant de pathologies chroniques.

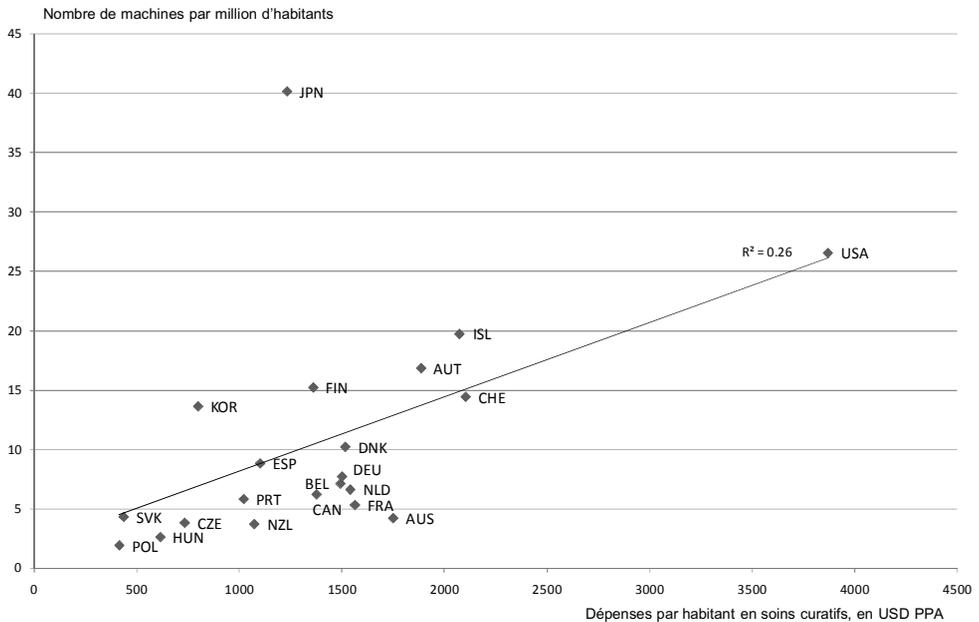
Graphique 1.21. Interventions de revascularisation coronarienne pour 100 000 habitants, 2004



Source : OCDE (2007), *Eco-Santé OCDE*.

La diffusion des technologies médicales est également considérée comme l'un des moteurs de la hausse des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Le nombre de machines d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour un million d'habitants (graphique 1.22) fournit un aperçu de l'offre technologique dans le domaine de la santé, même s'il ne fournit pas d'informations précises sur l'utilisation réelle de ces équipements. Il convient de noter que les chiffres relatifs aux États-Unis sous-estiment la disponibilité réelle puisqu'ils font référence au nombre d'hôpitaux équipés et non au nombre de machines. Les dépenses de santé par habitant sont directement liées à la diffusion de ces technologies, en tenant compte d'un certain nombre de facteurs explicatifs possibles (Eun-Hwan Oh *et al.*, 2005).

Graphique 1.22. Dépenses en soins curatifs et nombre de machines IRM par habitant, 2006



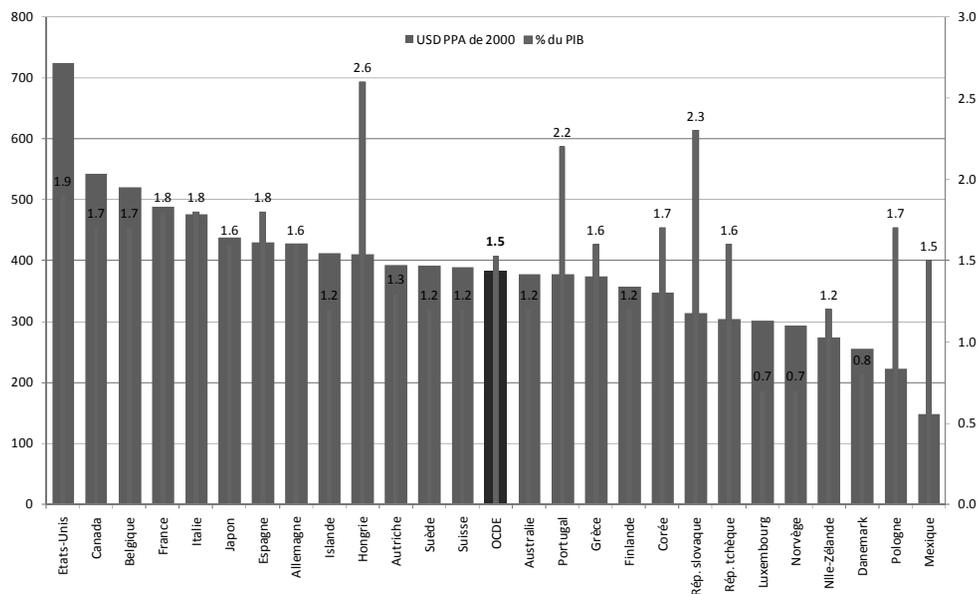
Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Dépenses en produits pharmaceutiques

Comme il a déjà été dit plus tôt, les dépenses en produits pharmaceutiques ont sensiblement augmenté. Le vieillissement de la population et la diffusion de nouveaux médicaments ont contribué à la

hausse de la consommation et des coûts au cours des dernières années. Toutefois, l'impact de ce phénomène sur le total des dépenses de santé est complexe, dans la mesure où le recours à de nouveaux médicaments pour lutter contre certaines maladies ou pathologies pourrait réduire la nécessité d'hospitalisations ou d'interventions chirurgicales coûteuses (graphique 1.23).

Graphique 1.23. Dépenses en produits pharmaceutiques par habitant (USD à PPA, 2000) et part du PIB, 2006



1. Prescriptions sur ordonnance uniquement.

2. 2004.

3. 2004/2005.

Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Le graphique 1.23 présente les dépenses moyennes en produits pharmaceutiques par habitant : les États-Unis se classent en tête des dépenses avec près de 800 USD par habitant, soit près du double de la moyenne de l'OCDE, alors que le Mexique, la Pologne, le Danemark et la Nouvelle-Zélande affichent le niveau de dépenses le plus bas. Les dépenses en produits pharmaceutiques représentent 1.5 % du PIB et cette proportion est comprise entre 0.8 % en Irlande, en Norvège et au Danemark, et entre

2.2 et 2.4 % au Portugal, en République slovaque et en Hongrie. Les dépenses en produits pharmaceutiques par habitant sont beaucoup moins variables que les dépenses de santé globales. Les écarts observés au niveau des produits pharmaceutiques témoignent des différences de modes de consommation, des volumes consommés et des différences de prix entre les pays.

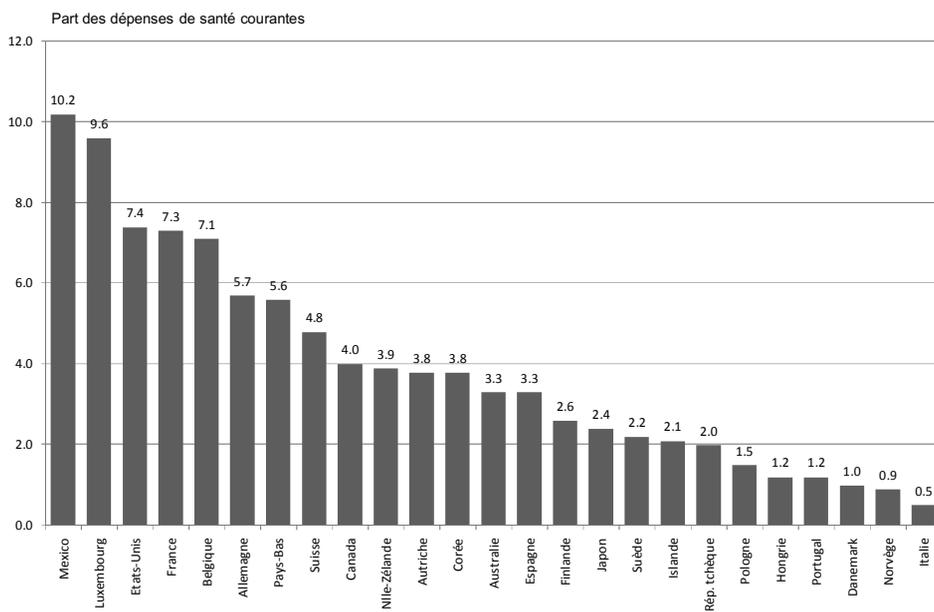
Frais administratifs

L'analyse des frais administratifs peut également fournir d'autres indications sur les origines des écarts observés en matière de dépenses de santé. Le graphique 1.24 illustre la part des dépenses de santé actuellement consacrée à l'administration de la santé et à l'assurance maladie. Des régimes de santé à payeurs multiples très fragmentés et complexes peuvent représenter une charge administrative plus lourde que les régimes à payeur unique.

Il semble que les pays dont les systèmes de santé sont principalement fondés sur des régimes d'assurance maladie, qu'ils soient publics, privés ou une combinaison des deux, se distinguent par une proportion bien plus élevée de dépenses allouées à l'administration par rapport aux pays qui financent leurs services de santé par le biais des impôts. Cependant, ces résultats ne doivent pas être pris pour argent comptant. Il est souvent difficile pour les gouvernements de prévoir avec précision les coûts administratifs de tous les ministères impliqués dans la planification, la coordination, la budgétisation et la prestation des services de santé, ce qui laisse à penser que les coûts sont sous-estimés.

De la même manière, il est parfois difficile pour les assureurs privés de faire la distinction entre les frais administratifs liés à l'assurance maladie et les autres types d'assurance qu'ils proposent. Enfin, les frais administratifs présentés ici couvrent uniquement les activités de planification et de gestion centralisées et non les activités administratives des prestataires de services de santé de premier et de second recours, où les régimes complexes à payeurs multiples peuvent également avoir un impact sur le prix des ressources de leurs systèmes administratifs et sur le coût global de l'assurance maladie¹³.

Graphique 1.24. Part des dépenses consacrées à l'administration de la santé et à l'assurance maladie dans les dépenses de santé totales, 2006



Source : OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE*.

Variations des dépenses de santé : aperçu général

Les structures des dépenses varient largement d'un pays à l'autre de l'OCDE, en termes de prix, de volume et de type de service. S'il est difficile de faire des affirmations définitives à propos des causes de ces écarts, on s'est efforcé d'en faire la synthèse dans le tableau 1.1 en présentant les pays en fonction du quartile auquel ils se situent pour tel ou tel indicateur, par exemple la demande de soins, le prix, le volume, les dépenses en médicaments et les frais administratifs. Les facteurs présentés ont été retenus en fonction des données disponibles et sont donc non exhaustifs. Des travaux d'analyse supplémentaires seraient nécessaires pour évaluer la pertinence de chaque indicateur pour expliquer les variations des dépenses. Si ce tableau ne fournit pas une explication définitive des écarts observés entre les pays en matière de dépenses de santé, il constitue néanmoins une liste de référence en matière de succès et de préoccupations potentiels.

Pour élaborer ce tableau, un pays médian est identifié pour chaque indicateur et les pays sont classés en fonction de leur position au-dessus ou

au-dessous de ce pays médian. Les indicateurs sont ensuite répartis en quatre quartiles. Les groupes de pays sont décrits au moyen des signes suivants : ↓ pour les pays appartenant au quartile inférieur ; ⇌ pour le troisième quartile ; ↗ pour le deuxième quartile ; et ↑ pour le quartile supérieur. Il est à noter que certains indicateurs ne sont pas disponibles pour certains pays. La même procédure a été utilisée pour la colonne de droite, qui présente les dépenses en pourcentage du PIB lors de la dernière année disponible pour chaque pays.

Tableau 1.1. Synthèse des facteurs potentiels contribuant aux variations des dépenses de santé au niveau mondial

	Part de la population au dessus de 65 ans	RNB par habitant	Effet du cancer	Rémunération des médecins généralistes	Rémunération des spécialistes	Rémunération des infirmières	Nombre de médecins	Nombre de personnels infirmiers en lits/jours	Nombre de lits de soins aigus	Nombre de machines IRM	Angioplastie coronarienne	Pontage coronarien	Dépenses pharmaceutiques	Coûts administratifs	Part du PIB consacrée aux dépenses de santé
2006 ou dernière année disponible															
Australie	⇌	⇌	↑	↓	↑	↑	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	↑
Autriche	⇌	⇌	⇌	⇌	↑		⇌	↓	↑	↑		⇌	⇌	⇌	↑
Belgique	↑	⇌	↑	⇌	↑	↑	↑	⇌	↑	⇌	↑	↑		↑	↑
Canada	⇌	↑	↑	⇌	⇌		↓	⇌	⇌	⇌	⇌	↑	↑	⇌	⇌
Rép. tchèque	⇌	↓	⇌	↓	↓	↓	⇌	↓	↑	↓	⇌	⇌	⇌	⇌	↓
Danemark	⇌	↑	⇌		⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	↓	⇌	↑
Finlande	⇌	⇌	↓	↓	↓	↓	⇌	⇌	⇌	↑	⇌	⇌	⇌	↓	↓
France	⇌	⇌	⇌	⇌	↑		⇌	⇌	⇌	⇌			↑	↑	↑
Allemagne	↑	⇌	⇌	↑			⇌	⇌	↑	↑	↑	⇌	↑	↑	↑
Grèce	↑	↓	↓		↓	⇌	↑	↓	⇌	⇌	⇌		↑	↑	⇌
Hongrie	⇌	↓	↑	↓	↓	↓	⇌	↓	↑	↓	↑	↑	⇌	↓	↓
Islande	↓	⇌	⇌	⇌	⇌	⇌	↑		↑	⇌	↓	↓	↑	⇌	⇌
Irlande	↓	⇌	↓	↑	⇌	⇌	⇌	↑	⇌		↓	↓	↓		↓
Japon	↑	⇌	↓	⇌		⇌	↓	↓	↑	↑			↑	⇌	↓
Mexique	↓	↓	↓	⇌	⇌	↑	↓	⇌	↓	↓	↓	↓	↓	⇌	↓
Pays-Bas	⇌	↑	⇌	↑	↑		↑	↑	⇌	⇌	↓	⇌	↓	⇌	↑
Nlle-Zélande	↓	↓	↑		⇌	↑	↓			↓	↓	⇌	↓	⇌	⇌
Norvège	⇌	↑	⇌		↓	↓	↑	↑	⇌		↑	↑	↑	⇌	↓
Portugal	↑	↓	↓			↑	⇌	⇌	⇌	↓	↓	↑	⇌	⇌	↓
Suède	↑	⇌	⇌	↓	↓		⇌		↓		⇌	⇌	↓	⇌	⇌
Suisse	⇌	↑	⇌	⇌	⇌		↑	↑	⇌	⇌	⇌	↓	⇌	↑	↑
Royaume-Uni	⇌	⇌	⇌	↑	⇌	⇌	⇌	↑	↓	⇌	⇌	⇌	⇌		⇌
Etats-Unis	↓	↑	↑	↑	↑	↑	⇌	⇌	↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑

RNB : Revenu national brut.

On pourrait faire valoir que plus l'écart est grand entre les pays, plus le potentiel d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé est important ; autrement dit, les performances pourraient être améliorées en rapprochant les observations individuelles de la moyenne, mais cet argument est trop simpliste. Comme le montre le tableau 1, certains pays se situent au-dessus de la moyenne dans certains domaines et en-deçà dans d'autres, des phénomènes de compensation pouvant intervenir. Par exemple, une analyse plus approfondie du tableau 1 suggère que les pays affichant des rémunérations et des coûts unitaires plus élevés que la moyenne sont généralement ceux qui affichent aussi le moins de ressources et vice versa. Ces caractéristiques peuvent traduire les arbitrages faits par les pouvoirs publics entre l'efficacité et d'autres objectifs. Elles peuvent également refléter les relations institutionnelles et les politiques propres à chaque pays régissant l'offre et la demande de services de santé. Par ailleurs, tous les facteurs potentiels n'ont pas été mis en avant et certains d'entre eux pourraient revêtir une importance plus particulière pour certains pays que pour d'autres. Des travaux supplémentaires sont donc nécessaires pour identifier avec plus de précision les relations sous-jacentes entre chaque indicateur et les caractéristiques des dépenses.

Conclusion

Le présent chapitre s'est appuyé sur des informations existantes concernant les dépenses des systèmes de santé de manière à mettre en évidence les écarts importants observés entre les pays, tant en termes de progression que de niveau des dépenses. Plusieurs questions se posent à l'examen de ces données. Tout d'abord, il est important de déterminer si le ralentissement récent de la hausse des dépenses est le prélude à une tendance nouvelle ou s'il ne s'agit que d'une pause dans la progression continue des dépenses de santé en pourcentage du PIB observée au cours des dernières décennies. L'expérience récente montre que la vigilance reste de mise. Dans ce contexte, il serait probablement utile aux pouvoirs publics d'analyser quels sont les pays qui ont enregistré le plus fort ralentissement de la hausse des dépenses dernièrement, de déterminer s'il s'agit du résultat d'actions publiques précises et d'évaluer la pérennité de cette tendance à long terme.

En second lieu, malgré l'accélération récente des dépenses en médicaments, le secteur hospitalier demeure le principal moteur de la croissance des dépenses globales de santé. Ainsi, la part des dépenses consacrée aux soins hospitaliers et aux soins ambulatoires reste relativement stable dans de nombreux pays malgré la nécessité croissante de transférer les ressources vers les soins hospitaliers et ambulatoires à mesure que se généralisent les maladies chroniques liées au vieillissement de la population.

S'agissant des écarts observés entre les pays en matière de dépenses de santé, plusieurs hypothèses peuvent être émises concernant leur source. Ces travaux n'en sont qu'à la phase exploratoire et nécessitent encore des approfondissements. En dépit des réserves émises plus haut, on ne peut qu'être frappé par les écarts importants observés entre les pays pour de nombreux indicateurs et il importe de pouvoir les expliquer. Ces différences sont très marquées pour les variables liées à la demande et il est particulièrement important pour les pouvoirs publics d'en comprendre les raisons. Du côté de l'offre, un certain nombre d'indicateurs laissent à penser que les caractéristiques des dépenses de santé sont le fruit des mécanismes institutionnels mis en place et des modalités de paiement des prestataires. Comme l'indique une précédente étude de l'OCDE (OCDE, 2004), les décideurs devront accorder une attention particulière aux mesures incitatives intégrées dans leurs systèmes de santé.

Notes

1. En fonction du scénario, la part des dépenses de santé et de soins de longue durée pourrait augmenter de 3.5 à plus de 6 points du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE entre 2005 et 2050 (Oliveira Martens et de la Maisonneuve, 2006).
2. Par exemple, il est probable que les politiques ayant pour objectif de limiter la hausse de la rémunération des prestataires de services de santé ou l'offre de services de santé soient suivies par un effet de rebond parallèlement au réajustement opéré par les marchés (à l'instar du Canada et de l'Angleterre au début des années 2000). De même, lorsque des listes d'attente pour certains services apparaissent, les pressions politiques tendent également à s'accumuler pour les réduire (Docteur et Oxley, 2004 ; Siciliani et Hurst, 2004).
3. Il convient de noter que la part moyenne des dépenses consacrées respectivement aux soins ambulatoires et aux soins hospitaliers est restée relativement stable au cours des dix dernières années, en dépit de la hausse des dépenses en soins ambulatoires dans certains pays évoquée ci-dessus et de la nécessité d'améliorer les soins ambulatoires pour les malades chroniques de plus en plus nombreux (Hofmarcher *et al.*, 2007).
4. Voir Oxley et Macfarlan (1994) ; Gerdham et Jönsson (2000) ; Congressional Research Service (2007) ; et McKinsey Global Institute (2007).
5. Gerdham et Jönsson (2000) montrent que les systèmes de filtrage et les méthodes de paiement, notamment pour les soins de premier secours, expliquent une partie des écarts observés entre les pays.
6. Par exemple, comme le montrent Joumard *et al.* (2008), des écarts importants peuvent exister entre les pays en matière d'indicateurs des résultats sur le plan de la santé après avoir pris en compte les niveaux de ressources.
7. Par exemple, il existe des différences marquées en Suisse dans la demande de soins entre les cantons francophones et les cantons germanophones.

8. À l'image des pays où le taux de densité est compris entre deux et trois, et trois et quatre médecins pour 10 000 habitants.
9. Les données du Japon sont difficiles à comparer en raison du nombre élevé de lits utilisés pour les soins de longue durée. Le nombre réel de sorties de soins aigus peut être inférieur.
10. Par exemple, le niveau élevé des procédures de revascularisation coronarienne aux États-Unis est indiqué ci-après.
11. Des mesures plus précises allant au-delà du temps de travail (volume et type des services fournis) pourraient être utiles pour expliquer les écarts entre les pays si elles étaient disponibles. De plus amples informations sur les honoraires payés aux médecins en fonction des types d'actes sont également nécessaires pour mieux appréhender les écarts de rémunération et faciliter la décomposition des actes en fonction du prix et du volume. L'analyse est gênée par l'impossibilité de comparer les données disponibles sur la rémunération des médecins. Il convient de noter que les taux élevés relevés aux États-Unis pourraient aussi être liés au fait que les écoles de médecine sont privées et ne bénéficient que très peu de l'aide de l'État.
12. Par exemple, l'Irlande peut inclure les aides-soignants (OCDE, 2008).
13. Il convient également de tenir compte des composantes (ou des résultats) des frais administratifs. Par exemple, le niveau plus élevé des frais administratifs dans les systèmes fondés sur l'assurance maladie peut aussi refléter les efforts réalisés pour évaluer la qualité des soins fournis par chaque prestataire.

Bibliographie

- Angrisano, C. *et al.* (2007), *Accounting for the Cost of Health Care in the United States*, McKinsey & Company, San Francisco.
- Center for Studying Health System Change (HSC) (2006), « Losing Ground: Physician Income, 1995-2003 », Tracking Report No. 15, HSC, Washington, DC.
- Peterson, C. et R. Burton (2007), *U.S. Health Care Spending: Comparisons with other OECD Countries*, Congressional Research Service, Order Code n° RL34175, Washington, DC, 17 septembre.
- Colombo, F. et D. Morgan (2006), « Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE », *Revue française des affaires sociales*, avril-septembre.
- Center for Studying Health System Change (HSC) (2006), « Losing Ground: Physician Income, 1995-2003 », Tracking Report n° 15, HSC, Washington, DC.
- Docteur, E. et H. Oxley (2004), « Les systèmes de santé : enseignements tirés de la mise en œuvre des réformes », OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Erlandsen, E. (2007), « Improving the Efficiency of Health Care Spending: Selected Evidence on Hospital Performance », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 555, Editions de l'OCDE, Paris.
- Eun-Hwan Oh, Y. Imanaka et E. Evans (2005), « Determinants of the Diffusion of Computed Tomography and Magnetic Resonance Imaging », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 21, n° 1, pp. 73-80.
- Fujisawa, R. et G. Lafortune (2008), « The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries? », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 34, Editions de l'OCDE, Paris.

- Häkkinen, U. et I. Joumard (2007) « Cross-country Analysis of Efficiency in OECD Health Care Sectors: Options for Research », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 554, Editions de l'OCDE, Paris.
- Gerdham, U. et B. Jönsson (2000), « International Comparisons of Health Expenditure: Theory, Data and Econometric Analysis », in A. Cuyler et J. Newhouse (dir. publ.), *Handbook of Health Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- HES (2007), *Hospital Episode Statistics, Headline Figures, 2006-07*, The Information Centre, Royaume-Uni. Disponible sur www.hesonline.nhs.uk.
- Hurst, J. et L. Siciliani (2004), « Réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales non urgentes », *Vers des systèmes de santé plus performants : études thématiques*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Joumard, I. *et al.* (2008), « Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health Care Resources and Efficiency », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 627, Editions de l'OCDE, Paris.
- Kittelsen, S.A.C., J. Magnussen et K.S. Anthun (2007), « Sykehusproduktivitet etter statlig overtakelse: En nordisk komparativ analyse » (Productivité des hôpitaux suite à leur transfert de l'administration locale à l'administration centrale – analyse comparative dans les pays nordiques), *HERO Skriftserie 2007:1*, Université d'Oslo, Norvège.
- McKinsey Global Institute (2007), *Accounting for the Cost of Health Care in the United States*, Washington, DC.
- OCDE (2004), *Vers des systèmes de santé plus performants*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2005), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2007a), *Eco-Santé OCDE 2007*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2007b), *Panorama de la santé 2007 – Les indicateurs de l'OCDE*, Editions de l'OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Eco-Santé OCDE 2008*, Editions de l'OCDE, Paris.
- Oliveira Martens, M. J. et C. de La Maisonnette (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée », *Revue économique de l'OCDE*, n° 43, Editions de l'OCDE, Paris.

Oxley, H. et M. Macfarlan (1995), « Réforme des systèmes de santé : maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité », *Revue économique de l'OCDE*, n° 24, Editions de l'OCDE, Paris.



Extrait de :
Achieving Better Value for Money in Health Care

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

Oxley, Howard et David Morgan (2009), « Tendances à l'accélération des dépenses de santé », dans OCDE, *Achieving Better Value for Money in Health Care*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264074255-2-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.