

## 7. DÉPENSES DE SANTÉ ET FINANCEMENT

### 7.3. Dépenses de santé par fonction

L'allocation des dépenses de santé entre les différents types de services de santé et de biens médicaux est influencé par un large éventail de facteurs, parmi lesquels la disponibilité des ressources (comme les lits en hôpitaux, les médecins ou l'accès aux nouvelles technologies), les dispositifs financiers et institutionnels pour la fourniture des soins, ainsi que les recommandations cliniques nationales et le profil de la morbidité.

En 2007, les soins curatifs ou de réadaptation fournis soit dans le cadre d'une hospitalisation (y compris les patients admis en hospitalisation de jour) soit dans un cadre externe représentaient 60 % des dépenses courantes de santé en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 7.3.1). Le ratio entre les dépenses consacrées aux soins en hospitalisation et les dépenses en soins externes dépend de l'organisation des soins de santé. L'Autriche et la France, par exemple, déclarent une proportion relativement élevée de dépenses consacrées aux soins en hospitalisation (représentant plus d'un tiers du total des dépenses de santé) qui est associée à un haut niveau d'activité hospitalière (voir l'indicateur 4.4 « Sorties d'hôpital »). Inversement, le Portugal et l'Espagne allouent moins d'un quart de leurs dépenses de santé aux soins en hospitalisation.

De grandes différences subsistent entre les pays en ce qui concerne les dépenses consacrées aux soins de longue durée. La Suisse, la Norvège et le Danemark, qui ont des dispositifs officiels bien établis, allouent jusqu'à un quart du total de leurs dépenses de santé aux soins de longue durée. À l'opposé, en Corée et au Portugal, où ces soins sont généralement fournis de manière plus informelle ou familiale, les dépenses en soins de longue durée représentent une part beaucoup plus petite du total des dépenses (OCDE, 2005a).

L'autre grande catégorie de dépenses de santé est celle des produits médicaux, principalement les médicaments (voir l'indicateur 7.4). La part des dépenses de santé consacrée aux produits médicaux, qui se situe en moyenne à un peu plus de 20 %, est de seulement 11-13 % au Luxembourg, en Suisse, en Norvège et au Danemark. À l'opposé, la Hongrie et la République slovaque consacrent respectivement 36 % et 38 % des dépenses de santé aux produits médicaux.

Les soins curatifs et de réadaptation recouvrent les services médicaux fournis non seulement dans le cadre d'une hospitalisation mais également dans le cadre de l'hôpital de jour, des services de consultations externes des hôpitaux, dans le secteur ambulatoire ou au domicile des patients. L'évolution des pratiques médicales et les innovations technologiques peuvent modifier l'équilibre entre ces différents types d'offre de soins. Le recours croissant à la chirurgie de jour, ou chirurgie ambulatoire, pour des interventions comme l'opération de la cataracte (voir l'indicateur 4.9) a entraîné une hausse de la part des soins de jour dans le total des dépenses en soins curatifs (graphique 7.3.2). Ces dépenses sont toutefois très

variables d'un pays à l'autre – reflétant pour une part les limitations des données, mais aussi les politiques et réglementations nationales. En France, les dépenses consacrées aux soins de jour, dont l'utilisation a rapidement augmenté, représentent maintenant environ 11 % des dépenses en soins curatifs. L'Allemagne, au contraire, où la chirurgie de jour est restée interdite dans les hôpitaux publics jusqu'à la fin de la décennie 1990 (Castoro et al., 2007), déclare seulement 2 % de services de soins de jour dans le total des dépenses en soins curatifs.

Le graphique 7.3.3 montre la part des dépenses de santé consacrée aux activités de santé publique et de prévention. En moyenne, les pays de l'OCDE ont alloué 3 % de leurs dépenses de santé à des activités telles que des programmes de vaccination et des campagnes de santé publique sur l'abus d'alcool et de tabac. La grande disparité que l'on observe reflète, dans une large mesure, l'organisation nationale des campagnes de prévention. Lorsque ces initiatives sont menées au niveau des soins primaires, comme c'est le cas en Espagne, la fonction de prévention n'est pas saisie séparément et est en général incluse dans les dépenses au titre des soins curatifs. Les pays qui adoptent une approche plus centralisée des campagnes de santé publique et de prévention sont généralement capables de distinguer les dépenses consacrées à ces programmes.

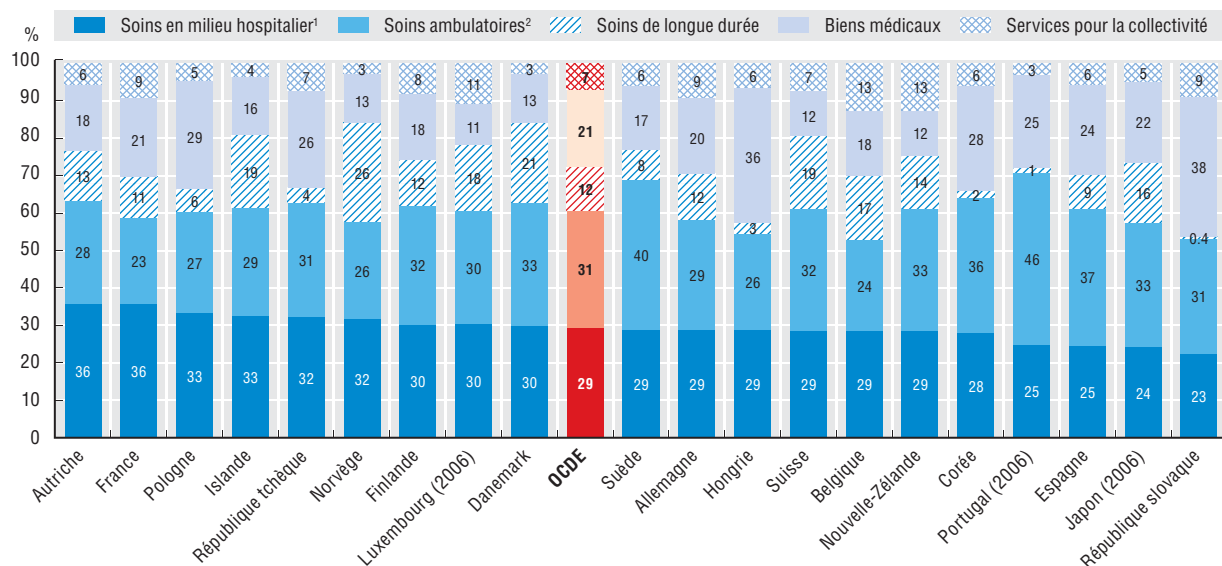
#### Définition et écarts

Le *Système de comptes de la santé* propose une approche fonctionnelle pour définir les frontières du système de santé. Les dépenses totales de santé englobent les dépenses courantes et la formation brute de capital. Les dépenses courantes englobent les biens et services de santé aux personnes ainsi que les services collectifs (services de santé publique et administration de la santé). Les services aux personnes englobent les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée, les services auxiliaires et les produits médicaux. Les soins curatifs, de réadaptation et de longue durée peuvent également être classés par mode de production (personnes hospitalisées, soins de jour, soins aux patients externes et soins à domicile).

Le principal facteur limitant la comparabilité des dépenses de santé entre les pays est le mode différent d'estimation des dépenses de soins de longue durée. Un autre problème est que certains pays utilisent l'ensemble des dépenses hospitalières pour estimer les dépenses des personnes hospitalisées, alors que les dépenses hospitalières englobent aussi les soins aux patients externes, les services auxiliaires et d'autres postes.

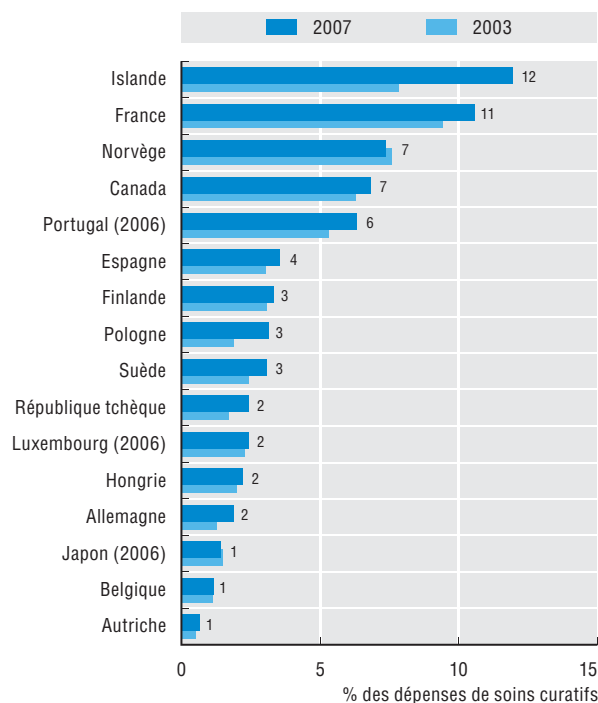
### 7.3.1 Dépenses courantes de santé par fonction, 2007

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

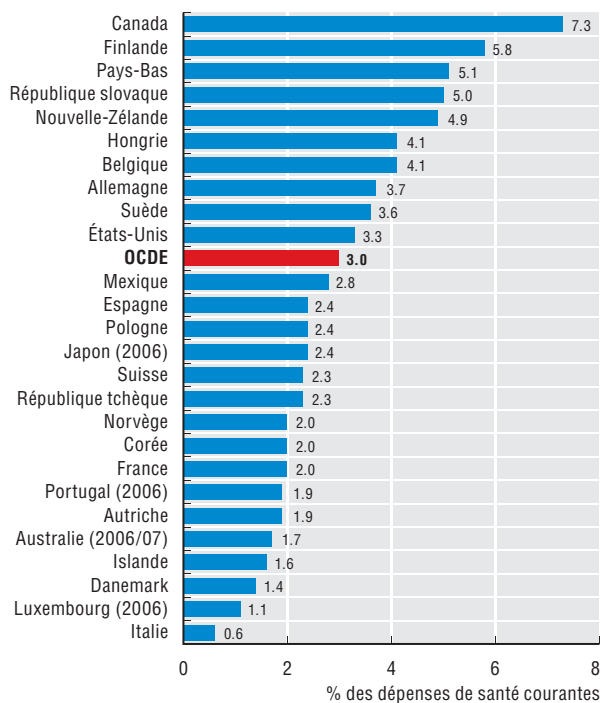


1. Concerne les soins curatifs et de réadaptation des patients hospitalisés ou en soins de jour.
2. Inclut les soins en consultations externes à l'hôpital, les soins à domicile et les services auxiliaires.

### 7.3.2 Part des soins de jour dans les dépenses totales de soins curatifs, 2003 et 2007



### 7.3.3 Dépenses allouées aux programmes organisés de santé publique et de prévention, 2007



Source : Eco-Santé OCDE 2009.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/722655806471>



Extrait de :  
**Health at a Glance 2009**  
OECD Indicators

Accéder à cette publication :  
[https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-en)

**Merci de citer ce chapitre comme suit :**

OCDE (2009), « Dépenses de santé par fonction », dans *Health at a Glance 2009 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2009-70-fr](https://doi.org/10.1787/health_glance-2009-70-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](mailto: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](mailto:info@copyright.com) ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) [contact@cfcopies.com](mailto:contact@cfcopies.com).