

LE FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX DANS SIX PAYS ETRANGERS

**Rapport pour la Cour des Comptes
Avril 2002**

**Julien Mousquès, Valérie Paris
Avec la collaboration de Dominique Polton**

CREDES

Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé

Version du 16 avril 2002

LE FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX DANS SIX PAYS ETRANGERS

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| <u>0</u> | <u>INTRODUCTION</u> | 3 |
| <u>1</u> | <u>ACCESSIBILITE AUX SOINS HOSPITALIERS ET CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE</u> | 4 |
| 1.1 | <u>Population couverte</u> | 4 |
| 1.2 | <u>Prestations couvertes et niveau de couverture</u> | 4 |
| 1.3 | <u>Accès aux soins</u> | 5 |
| 1.4 | <u>Caractéristiques de l'offre de soins hospitaliers</u> | 6 |
| <u>2</u> | <u>ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS ET MANAGEMENT</u> | 9 |
| 2.1 | <u>Evolutions du partage des responsabilités politiques</u> | 9 |
| 2.2 | <u>Délégation de la responsabilité économique et intensification de la concurrence entre prestataires</u> | 13 |
| <u>3</u> | <u>ALLOCATION DE RESSOURCES POUR LES SOINS HOSPITALIERS ET MODES DE PAIEMENT DES HOPITAUX</u> | 19 |
| 3.1 | <u>Encadrement de la dépense globale de soins hospitaliers</u> | 19 |
| 3.2 | <u>Modes d'allocation des ressources</u> | 20 |
| 3.3 | <u>Modes de paiements des hôpitaux</u> | 23 |
| <u>4</u> | <u>STATUTS DES ETABLISSEMENTS ET DES PERSONNELS</u> | 31 |
| 4.1 | <u>Statuts des établissements</u> | 31 |
| 4.2 | <u>Statuts et mode de rémunération des personnels</u> | 32 |
| <u>5</u> | <u>DIAGNOSTIC SUR L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE ET DE LA DEPENSE DANS LES PAYS ETUDIÉS</u> | 35 |
| 5.1 | <u>Eléments sur l'activité et les performances des hôpitaux</u> | 35 |
| 5.2 | <u>Diagnosics posés par les experts nationaux</u> | 37 |
| <u>6</u> | <u>ANNEXES</u> | 41 |
| <u>7</u> | <u>BIBLIOGRAPHIE</u> | 43 |

0 INTRODUCTION

Cette étude a pour objectif de décrire le fonctionnement des soins hospitaliers dans six pays, qui sont l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Québec, le Royaume-Uni et la Suède.

Après avoir abordé les conditions d'accès de la population aux soins hospitaliers et les caractéristiques de l'offre, quatre thématiques seront traitées :

- le partage des responsabilités entre les acteurs et les différents niveaux de « gouvernement » concernant l'organisation des soins hospitaliers et leur financement ;
- les méthodes utilisées, d'une part pour encadrer la dépense globale en soins hospitaliers et éventuellement la répartir régionalement, d'autre part pour rémunérer les établissements ;
- le statut des établissements et des personnels participant à la production de soins hospitaliers ;
- une évaluation modeste des performances des systèmes hospitaliers des six pays, principalement basée sur des éléments d'auto diagnostic présentés par des experts nationaux.

Notre analyse s'est concentrée sur les soins hospitaliers aigus et ne fait référence aux soins psychiatriques et aux soins de long terme que pour expliquer les tendances observées. Ce choix s'est imposé du fait de l'extrême variabilité des concepts et des pratiques dans ces deux secteurs, qui ne sont pas toujours inclus dans le champ des établissements hospitaliers.

Les éléments rassemblés ici proviennent essentiellement de la littérature publiée, des bases de données internationales et nationales et de la consultation d'experts nationaux. L'information disponible en langue intelligible aux auteurs, plus ou moins abondante selon les pays (beaucoup plus prolifique sur le Royaume-Uni que sur les Pays-Bas), n'a pas permis de réaliser une analyse réellement équilibrée pour tous les pays concernés.

1 ACCESSIBILITE AUX SOINS HOSPITALIERS ET CARACTERISTIQUES DE L'OFFRE

1.1 Population couverte

Parmi les pays étudiés, deux ont un système de santé reposant sur un principe d'assurance sociale et quatre ont des systèmes nationaux de santé.

En Allemagne, 88% de la population est couverte par l'assurance légale par obligation ou volontairement, le reste étant couvert par des assurances privées et des petits régimes publics. Aux Pays-Bas, en dehors de l'assurance pour les soins coûteux de long terme (AWBZ¹) dont bénéficient de plein droit tous les résidents, 65% des personnes sont protégées par l'assurance maladie publique (ZFW¹), 5% par des petits régimes spéciaux et 29% par des assurances privées.

Dans les quatre systèmes nationaux (Espagne, Québec, Royaume-Uni et Suède), toute la population résidente bénéficie de la couverture pour les soins de santé. Notons qu'en Espagne, le passage à un système national de santé est assez récent puisqu'il date de 1986.

1.2 Prestations couvertes et niveau de couverture

Globalement, les soins hospitaliers sont bien pris en charge dans tous les pays étudiés et l'exclusion explicite du panier des prestations couvertes reste limitée à quelques actes. La participation des usagers aux frais est parfois demandée mais dans ce cas, il existe un plafonnement de la dépense des usagers et/ou des mesures d'exemption pour les pathologies et traitements coûteux ou pour certaines populations (enfants, bénéficiaires de prestations sociales...).

Dans les systèmes nationaux de santé, il n'y a pas de définition explicite des soins hospitaliers couverts (paniers de soins), mais depuis peu, certains pays ont constitué des listes de soins non couverts, faiblement exclusive (Suède, Espagne). Par ailleurs, dans ces systèmes, les mesures de partage du risque avec les usagers (copaiement) sont nulles ou quasi nulles. Si le rationnement explicite est limité, le rationnement implicite, notamment par les délais d'attente, est un élément important des systèmes nationaux (Cf. partie 5).

En **Suède**, les soins couverts sont définis au niveau national par une liste négative excluant, pour ce qui concerne les recours aux soins spécialisés et/ou hospitaliers : la fécondation *in vitro*, les mammographies (au-delà d'une par an) et la chirurgie esthétique (sauf dans certains cas). Pour les soins délivrés à l'hôpital, les patients doivent participer aux frais à hauteur de 16,5 € à 27,5 € pour la consultation d'un spécialiste et de 8,6 € par jour pour l'hospitalisation.

En **Espagne**, la couverture des soins hospitaliers est assez large. Une liste négative est définie par décret Royal depuis peu (1995), qui exclut la chirurgie esthétique² et les opérations de changement de sexe. Les communautés autonomes disposant d'une certaine autonomie dans la définition des prestations couvertes, le panier de soins couverts est différent d'une région à l'autre³. Cependant, les différences ne semblent pas porter sur des soins nécessitant une hospitalisation, sauf en ce qui

¹ AWBZ pour *Algemene Wet Bijzondere Ziekkosten* et ZFW pour *Ziekenfondswet*.

² Si elle n'est pas justifiée par un accident, une maladie ou une malformation congénitale.

³ (European Observatory on health care systems, 2000; Rovira, 2002; Wisbaum, Leon et Rico, 2002)

concerne les soins de long terme qui ne sont couverts qu'en Catalogne. Un nouveau décret est en préparation pour définir de façon plus précise le panier de soins minimum ainsi que la qualité et la quantité des soins qui doivent être dispensés.

Au **Royaume-Uni**, il n'existe pas non plus de définition explicite du panier de soins hospitaliers couverts par le NHS (*National Health Service*). En 2002, une partie des décisions de délivrer ou non des soins pris en charge par le NHS est déléguée aux groupes de soins primaires (PCT). L'utilisateur ne participe pas aux frais d'hospitalisation en soins aigus ou psychiatriques, à l'exception des suppléments pour chambre privée, qui restent assez faibles. En revanche, il existe un copaiement pour les soins de long terme.

Au **Québec**, l'accès aux soins hospitaliers gratuits est garanti par la loi canadienne. Les prestations hospitalières couvertes ne sont pas définies et le rationnement est également implicite (planification des équipements, listes d'attente). Les soins hospitaliers sont totalement gratuits.

Dans les systèmes d'assurance sociale, la définition du panier de soins couverts relève dans les faits de plusieurs acteurs (Etat, caisses d'assurances et éventuellement négociations avec les prestataires).

En **Allemagne**, le Code de la sécurité sociale⁴ définit précisément les services de prévention et de diagnostic couverts (maladies à dépister et fréquence des examens). Les autres services relèvent du Comité fédéral associant médecins et caisses, qui a une grande latitude pour définir le « panier de soins ». L'étendue des services couverts est large. Avant 1997, il n'était pas possible d'exclure explicitement des actes du remboursement. Cette date marque le début de la réévaluation de toutes les technologies. L'ostéodensitométrie fut le premier acte exclu (HIT Allemagne, 2001).

Aux **Pays-Bas**, les prestations couvertes sont définies pour chaque type d'assurance (AWBZ, ZFW et assurance privée). Concernant les soins hospitaliers, leur couverture est soumise à autorisation préalable par la caisse d'assurance maladie de rattachement du patient. Cette autorisation est accordée lorsque l'hospitalisation est « raisonnablement indiquée » par l'état de santé du patient ou que le traitement envisagé n'est pas dispensé en ambulatoire. La prolongation de séjour hospitalier est également accordée dans le cas où le patient ne peut être accueilli en long séjour. La redéfinition du panier de soins figure sur l'agenda politique depuis le début des années quatre-vingt dix (Rapport de la Commission Dunning) mais n'a toujours pas abouti, dans le domaine hospitalier, à une liste de prestations couvertes. Un copaiement a été institué en 1997 sous la forme d'un forfait journalier (environ 4 €) pour l'assurance publique⁵. Les assurances privées fixent librement les niveaux de copaiements pour leurs assurés.

1.3 Accès aux soins

L'accès aux soins hospitaliers couverts (Cf. 1.2) s'accompagne parfois de contraintes pour les patients :

- Dans la plupart des pays étudiés, l'accès à l'hôpital nécessite un adressage formel de la part d'un médecin. Au RU et en Suède, c'est le généraliste qui oriente le patient vers des soins

⁴ Sozialgesetzbuch

⁵ Pour les hospitalisations de longue durée, l'assurance publique (ZFW) couvre les frais relatifs aux 365 premiers jours, puis l'AWBZ prend le relais.

spécialisés (qui ne se trouvent qu'à l'hôpital) et vers l'hôpital. En Espagne⁶ comme en Allemagne, l'adressage peut venir d'un généraliste comme d'un spécialiste.

- Aux Pays-Bas, la prise en charge d'un séjour hospitalier est conditionnée par un adressage formel et par une autorisation d'hospitalisation par la caisse de rattachement du patient ;
- La liberté dans le choix de l'établissement n'est pas une évidence dans tous ces systèmes. Si elle a toujours existé en Allemagne, elle n'a été que récemment acquise en Suède (cf. 2.1.4) et au RU où les patients devaient auparavant se rendre à l'hôpital de leur secteur pour que leurs soins soient pris en charge. Il semble d'ailleurs, au moins pour la Suède, que les patients n'aient guère profité de cette opportunité.

Dans les systèmes où interviennent les assureurs privés, notons qu'en général le droit d'accès aux établissements des assurés publics et privés est le même, à ceci près que la participation des usagers aux frais peut être différente et que certains traitements (et les établissements qui les délivrent) ne sont pris en charge que par les assurances privées supplémentaires.

1.4 Caractéristiques de l'offre de soins hospitaliers

L'analyse de l'offre de soins d'un pays ou d'une région n'est pas aisée. Premièrement, l'indicateur le plus couramment utilisé - le lit - est une unité de mesure bien fruste qui donne la même importance à un lit de service hautement spécialisé qu'à un lit de gynéco-obstétrique ordinaire ou encore à un lit de soins de longue durée. Idéalement, il faudrait pouvoir pondérer ces lits de manière à représenter la richesse de leur environnement technique et l'importance, en effectifs et en qualification, du personnel. Deuxièmement, s'il est intéressant de comparer les densités de lits entre pays ou régions, la détermination du nombre de lits optimal reste impossible, tant il est contingent à un certain nombre d'éléments externes au système hospitalier (tel que l'offre d'alternatives à l'hospitalisation, l'existence de structures non hospitalières d'accueil des personnes âgées) et même au système de soins (étendue du territoire, structures familiales et production informelle de soins ...).

Des six pays étudiés, c'est l'Allemagne qui présente la plus forte densité de lits (OCDE⁷, 2001), à la fois pour les hôpitaux de soins aigus, avec 6,4 lits pour 1000 habitants et pour les lits en maisons médicalisées⁸, avec 6,5 lits pour 1000. Les densités les plus faibles sont observées en Suède (2,5 lits pour 1000 en court séjour, 0,7 en psychiatrie et 0,4 en longue durée) et au Québec (2,2 lits pour 1000 en soins aigus). Les densités de lits pour soins aigus sont systématiquement plus élevées dans les systèmes d'assurances sociales que dans les systèmes nationaux de santé (Cf. tableau 1 en annexe).

⁶ (Rodriguez, Scheffler et Agnew, 2000)

⁷ Autant que possible, les données utilisées sont celles que publie l'OCDE dans le logiciel Eco-santé (version 2001). Elles présentent l'avantage, par rapport aux données nationales, d'avoir subi une procédure de standardisation les rendant aussi homogènes que possible et donc comparables. En revanche, ces données sont souvent plus anciennes que les dernières données nationales disponibles et parfois difficilement raccordables avec celles-ci. Pour le Québec, les données proviennent du Ministère de la santé et des services sociaux.

⁸ Les lits « en maison médicalisée » au sens de l'OCDE sont théoriquement les « lits destinés à des patients ayant besoin d'une assistance constante en raison d'une infirmité chronique, d'une perte d'autonomie et de difficultés à accomplir les actes de la vie courante. Ces lits sont installés dans des institutions ou des établissements d'hébergement collectif » (OCDE, 2001). Une bonne partie de ces lits ne fait donc pas partie du champ hospitalier. Pourtant, comme l'enjeu des transferts de patients entre hôpitaux et autres hébergements collectifs est très important, il nous a paru important de consulter les données disponibles à ce sujet.

Dans tous les pays, la tendance des vingt dernières années a été à la baisse de la densité de lits. Bien qu'il soit très difficile de déterminer un niveau optimal de densité de lits, pour les raisons évoquées précédemment, il est frappant de voir qu'à l'intérieur des états, lorsque des critères d'équité ou de couverture des besoins sont mis en avant dans la planification des lits, la convergence vers la densité moyenne est souvent l'objectif opérationnel, à défaut de mieux.

Le ratio de personnel par lit pour les établissements de soins aigus (OCDE, 2001) devrait pouvoir être utilisé comme indicateur d'intensité des ressources humaines mises à disposition. Malheureusement, on doute de sa fiabilité, surtout sur les années les plus récentes.

Le taux d'équipement en appareils de haute technologie, même s'il ne concerne pas que le secteur hospitalier peut également renseigner sur le niveau technologique des prestations offertes. D'après les données de l'OCDE, l'Allemagne et la Suède affichent un niveau d'équipement bien supérieur en scanner et IRM, alors que le Royaume-Uni et le Canada ont des taux d'équipement particulièrement faibles pour ces appareils. Pour les lithotripteurs, Allemagne et Espagne arrivent en tête, alors que pour les stations d'hémodialyse, tous ces pays sont très loin du taux d'équipement français.

On distingue traditionnellement trois types d'hôpitaux, présents dans la plupart des pays sous des vocables différents (Chenet *et al.*, 1997) :

- les établissements de soins tertiaires, qui ont une envergure nationale ou régionale et sont souvent liés à des universités pour participer à la formation initiale des professionnels. Ils reçoivent théoriquement des patients qui leur sont adressés par les établissements du niveau inférieur pour lesquels ils mettent en oeuvre une expertise rare et/ou des équipements coûteux. Ces établissements peuvent être généralistes ou spécialisés. Ils fournissent généralement les soins suivants : chirurgie cardiaque, neurochirurgie, greffes et oncologie avancée.
- les établissements de soins secondaires (qualifiés d'hôpitaux généraux, de district ...), qui dispensent les traitements trop complexes pour être assumés par les prestataires des soins primaires ou par les spécialistes en ville. Ils ont une taille souvent comprise entre 200 et 600 lits et peuvent généralement traiter des patients en ambulatoire⁹. Ils comprennent habituellement les spécialités suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, pédiatrie, imagerie, laboratoire d'analyse biologique.
- les hôpitaux ruraux ou communautaires (*community hospitals*), qui sont de petits établissements (50 lits ou moins), capables de fournir des diagnostics de base, de la chirurgie mineure et des soins de nursing. D'après McKee, leur existence a de l'intérêt lorsqu'il existe des problèmes d'accès au niveau supérieur mais la tendance est plutôt à leur fermeture dans de nombreux pays, malgré de fortes résistances locales, ou à leur reconversion en établissements de convalescence.

On trouve cette organisation au Royaume-Uni et en Suède et, avec quelques spécificités, en Espagne.

Les hôpitaux publics au **Royaume-Uni** sont organisés selon les trois niveaux hiérarchiques avec les hôpitaux régionaux et supra-régionaux, les hôpitaux de district et les hôpitaux communautaires. L'accès à chaque niveau est conditionné par un adressage du niveau inférieur (généralistes, spécialistes des

⁹ Pour la suite de ce texte, nous adopterons la convention suivante : l'expression "soins ambulatoires" désignera les soins délivrés hors du contexte d'une hospitalisation complète (séjour de plus de 24 heures), qu'ils soient délivrés par un établissement hospitalier ou non. L'expression "soins de ville" désignera exclusivement les soins délivrés dans un cadre non hospitalier (dans des cabinets privés, des centres de soins primaires ...).

hôpitaux de district). Les quelques 230 hôpitaux privés assurent principalement la chirurgie programmée (cataracte, hernie, prothèse de hanche) et les soins de long terme.

Les 79 hôpitaux **suédois** se répartissent également selon trois niveaux : 9 hôpitaux régionaux^{10,11} (dont 8 sont des CHU), qui, outre les soins tertiaires, fournissent les soins secondaires pour les résidents de leur comté et comptent en moyenne 911 lits de court séjour ; 23 hôpitaux de comté regroupant 15 à 20 spécialités et 422 lits de court séjour en moyenne et enfin 47 hôpitaux de district, offrant, *a minima*, des soins dans les 4 spécialités suivantes : médecine interne, chirurgie, radiologie et anesthésie et comptant en moyenne 124 lits de court séjour.

En **Espagne**, la médecine spécialisée est totalement hospitalière. Les hôpitaux publics sont organisés selon deux niveaux hiérarchiques, avec les hôpitaux « provinciaux » (supra-régionaux) et les hôpitaux généraux, auxquels s'ajoutent, autour de l'hôpital général, un vaste réseau de centres de consultations de spécialistes (*consultorios de especialidades*). Ces centres sont chargés de la production des soins spécialisés ambulatoires : consultations externes, mais également petite chirurgie et procédures de diagnostic (endoscopie...). Leur financement est intégré au budget global de l'hôpital et ils utilisent son plateau technique. L'Espagne compte 799 établissements pour 166 276 lits en 1997.

Au **Québec**, les établissements délivrant des soins de court séjour sont les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les Centres hospitaliers de soins psychiatriques. Les CHU sont présents dans trois grandes villes (Montréal, Québec, Sherbrooke). Les établissements gèrent en général plusieurs sites et, en 2001, le Québec dispose de 206 points d'accès aux soins hospitaliers de court séjour et 16 129 lits (soit 2,2 pour 1 000 personnes). D'autres établissements du réseau fournissent les soins de longue durée.

Aux **Pays-Bas**, on retrouve les deux niveaux supérieurs de la classification. Au premier niveau, 8 hôpitaux universitaires représentent 13,5% des lits de soins aigus¹² en 1998. Le deuxième niveau présente une caractéristique originale avec la coexistence d'hôpitaux généraux (107 établissements, 81% des lits) et d'hôpitaux spécialisés qui, comme leur nom l'indique, offrent des services spécialisés dans certains domaines, par exemple traitement de l'asthme, pédiatrie, rééducation et traitement de l'épilepsie (28 établissements et 5,4% des lits). Enfin, 105 établissements sont des hôpitaux psychiatriques.

L'**Allemagne** compte environ 2 260 hôpitaux, dont 2 030 hôpitaux généraux et 223 hôpitaux psychiatriques. La densité de lits hospitaliers est très élevée en Allemagne, 150% au-dessus de la moyenne de l'Union européenne, et varie selon les *Länder*.

A côté de ces hôpitaux, 1 400 institutions, soit 190 000 lits, sont dédiés aux soins de rééducation.

¹⁰ La Suède est divisée en 6 régions sanitaires, ayant chacune un ou deux hôpitaux régionaux pour servir une population de 1 à 2 millions d'habitants. C'est le gouvernement central qui décide des regroupements de comtés formant les régions.

¹¹ C'est le comté sur lequel est situé l'hôpital régional qui l'administre. Il est ensuite payé par les autres comtés pour les soins délivrés à leurs résidents.

¹² Source : Statistics Netherlands, 2002

2 ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS ET MANAGEMENT

A l'exception des Pays-Bas, qui ont gardé un pilotage centralisé des soins hospitaliers, les pays étudiés peuvent être caractérisés selon le niveau et le type de décentralisation du financement et de l'organisation des soins hospitaliers.

Le partage des responsabilités politiques entre différents niveaux de décision est une histoire ancienne en Allemagne, en Suède et entre les niveaux fédéral et provincial au Canada. Des processus de décentralisation politique vers le niveau régional ont été mis en oeuvre au Québec, entre 1971 et 1991 et en Espagne à partir 1978. Au Royaume-Uni, le processus de déconcentration vers les autorités de district a été accompagné par la délégation de certaines responsabilités dans la fonction d'achat de soins aux groupes de soins primaires. De telles délégations ont également eu lieu en Suède et, avec une intensité moindre, en Espagne. Enfin, la mise en concurrence des assureurs, assortie d'une possibilité de sélectionner les prestataires, a été choisie en Allemagne et aux Pays-Bas.

En général, les mouvements de décentralisation sont motivés par l'idée que l'exercice de responsabilités à un niveau plus proche des populations permet une meilleure réponse aux besoins sanitaires. En Espagne, s'ajoutent des aspirations à l'autonomie de régions traditionnellement nationalistes (Catalogne, Pays-Basque et Andalousie).

Les bénéfices attendus de la délégation de la fonction d'achat de soins et de la mise en concurrence sont des gains d'efficacité et d'efficience.

2.1 Evolutions du partage des responsabilités politiques

2.1.1 Pays-Bas : régulation centralisée

Le secteur hospitalier est fortement régulé par l'Etat, en particulier en ce qui concerne la planification des équipements.

Depuis la loi sur les équipements hospitaliers de 1971, chaque construction ou extension de services doit être approuvée. Jusqu'en 2000, le processus formel était le suivant : dans un premier temps, le Ministre communiquait aux gouvernements des provinces les catégories d'hôpitaux pour lesquels des plans pouvaient être développés et les zones concernées par ces possibilités. Les provinces concoctaient alors une proposition de plan, en concertation avec les établissements, les organisations représentant les consommateurs et les patients, les autorités locales et les assureurs. Ce plan devait contenir une évaluation des infrastructures existantes avec leurs lacunes et faiblesses, une description des constructions demandées et un calendrier de programmation des opérations. Ce plan était alors soumis au Ministère, qui l'approuvait, sur avis du Collège pour la construction d'équipements hospitaliers. Le processus de planification a été modifié par une loi de janvier 2000, visant à le rendre plus flexible. La nouvelle procédure a été appliquée en 2001.

Pour fournir des soins aux assurés, les établissements doivent être agréés par le Ministère. Puis, ils passent des contrats avec les assureurs dans lesquels sont définis les volumes prévisionnels d'activité et une partie des prix.

Les catégories de soins couverts par les différents types d'assureurs sont définis par la loi et les prix de la plupart des services médicaux sont définis au niveau central.

2.1.2 Allemagne : régulation décentralisée, partagée avec les caisses d'assurance et les prestataires

Les 16 *Länder* allemands disposent d'un véritable pouvoir de réglementation, de prélèvement de taxes et jouent un rôle dans la planification des équipements en santé. La santé n'est pas un domaine exclusif de la législation fédérale et certains domaines spécifiques relèvent de la législation «partagée»¹³. La régulation relative à l'équité, aux services couverts, à la fourniture des soins et au financement relève du niveau fédéral.

Les *Länder* ont un Ministère chargé de la santé, avec des directions chargées des hôpitaux publics et de la planification hospitalière. Les gouvernements des *Länder* sont responsables de la maintenance de l'infrastructure hospitalière. Ils élaborent des plans hospitaliers, qui listent les spécialités nécessaires et le nombre de lits par spécialité pour chaque hôpital, et financent les investissements prévus dans le cadre de ces plans. Ces investissements sont réalisés indépendamment du statut de l'hôpital en fonction des priorités du gouvernement du *Land*. Le développement des capacités et les investissements sont très différents selon les *Länder*.

Alors que les responsabilités des *Länder* sont claires pour ce qui concerne les investissements majeurs (construction de bâtiments et technologies), elles sont plus ambiguës en matière d'entretien et de réparation des bâtiments. A l'exception de la Bavière, tous les *Länder* refusent d'ailleurs de les assumer depuis 1993 et un paiement forfaitaire de 20 DM par assuré et par an avait été institué pour financer ces travaux. Il a été supprimé en 1998.

La réforme de 1972 avait introduit le principe d'un financement dual: dépenses d'investissement financées par les *Länder*¹⁴ et dépenses de fonctionnement (personnel ...) financées par les caisses et, plus marginalement, par les patients privés. Dans les faits, l'étendue des services offerts par un hôpital dépend donc de deux éléments : le plan hospitalier du *Land* et les négociations entre les caisses d'assurances et cet hôpital.

Les hôpitaux contractent individuellement avec les caisses d'assurance. Concrètement, les caisses détenant une part de marché de plus de 5% dans un établissement participent aux négociations définissant le budget global de l'hôpital. Une fois que ce contrat est conclu, les conditions relatives à l'étendue et au nombre des services offerts, tout comme les taux de rémunération sont valables pour tous les patients, quelle que soit leur caisse de rattachement.

Le principe de financement dual s'est traduit par un système de planification duale : le nombre d'hôpitaux et de lits étant planifié par les *Länder*, les effectifs de personnel et l'activité étant négociés entre hôpitaux et caisses.

2.1.3 Québec : articulation des niveaux fédéral, provincial et régional

2.1.3.1 Partage des responsabilités entre niveau fédéral (Canada) et provincial (Québec)

Les provinces ont une autonomie politique, des pouvoirs législatifs et peuvent prélever des fonds. Au Canada, le niveau fédéral définit un cadre minimal pour les prestations dont l'accès doit être garanti à

¹³ L'autorité législative de l'Etat est, dans un certain nombre de cas, partagée avec celle des *Länder*. Ceux-ci peuvent légiférer, mais uniquement sur les sujets non couverts par la loi fédérale.

¹⁴ La loi de restructuration hospitalière de 1984 a introduit la possibilité d'inclure des dépenses d'investissement dans les paiements effectués par les caisses pour les investissements étant de nature à diminuer les coûts de fonctionnement à moyen ou long terme.

tous les Canadiens dans le cadre de l'assurance santé. L'accès à des soins hospitaliers gratuits est ainsi garanti par la loi canadienne.

Les provinces décident du financement global accordé à la santé ainsi que des prestations qui sont offertes à leurs administrés dans le cadre de l'assurance santé. Ces prestations peuvent en effet être un peu plus larges que le cadre défini au niveau fédéral mais il appartient alors aux provinces de les financer.

Le Fonds consolidé du Québec fournit 93,1% du financement des dépenses publiques de santé et de services sociaux en 1999-2000, les autres sources correspondant à l'autofinancement du secteur socio-sanitaire (participation aux frais d'hébergement, suppléments pour chambre privée, et autres revenus tels que ceux versés par les assurances automobiles). La part du financement du Fonds consolidé du Québec provient : des transferts fédéraux (financiers et fiscaux) ; des contributions des employeurs et des particuliers au Fonds des services de santé ; des contributions au Fonds du régime d'assurance médicaments ; des impôts sur la consommation ou sur le revenu des entreprises et des particuliers (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001).

2.1.3.2 Décentralisation vers les régions socio-sanitaires

En 1971, le Ministère avait annoncé une décentralisation administrative et créé à cet effet les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS), corporations possédant leur propre conseil d'administration élu. Selon le rapport remis par la Commission Rochon en 1988, ces Conseils régionaux ont joué pendant longtemps le rôle d'organismes consultatifs auprès du Ministère et ne remplissaient à la fin des années quatre-vingt que des missions de gestion (Turgeon et Lemieux, 1999).

En 1991, dans le but d'imprimer un véritable mouvement de décentralisation politique, l'organisation et la restructuration du réseau des services de santé et des services sociaux ont donc été confiées aux régies régionales par la Loi. Les 18 régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) sont dirigées par des conseils d'administration constitués de 24 personnes élues par différents collèges électoraux. Ne peuvent être élues à ces conseils des personnes employées par les régies, le Ministère, la RAMQ ou par un établissement de santé, à l'exception du directeur général et du président de la Commission médicale régionale (Turgeon et Lemieux, 1999).

Les régies régionales doivent régulièrement rendre des comptes sur leurs orientations et leur bilan au cours de réunions publiques dans les régions et auprès de la Commission parlementaire du Québec.

2.1.4 Suède : responsabilités des comtés et municipalités

Il existe trois niveaux de gouvernement en Suède, tous élus : le Parlement au niveau national, les 21 Conseils généraux (pour chaque comté au niveau régional) et les 289 municipalités au niveau local. Les niveaux régional (Comté) et local (Municipalité) ont le droit de percevoir des impôts et disposent d'une réelle autonomie pour organiser les activités dont ils sont responsables.

Au niveau national, le ministre de la santé s'occupe de la définition des objectifs et de leur respect, ainsi que de la législation. Le Bureau national de la santé et des services sociaux supervise les services et est responsable des statistiques. Il supervise également le personnel médical et de santé et donne le droit d'exercer. Le Bureau fédéral de l'assurance nationale garantit l'équité des pratiques locales.

Les comtés comptent entre 130 000 et 1,8 millions d'habitants. Dans chaque comté, plusieurs districts¹⁵ de soins ont la responsabilité de leur population. Les revenus des Conseils généraux viennent des impôts du comté (66%), de subventions de l'Etat (21%) ...

¹⁵ Chaque district a son conseil propre. Un district consiste en général en un hôpital et plusieurs centres de santé.

Depuis la Loi hospitalière de 1928, les comtés sont responsables de la fourniture des soins hospitaliers à leurs résidents. Initialement les soins extra-muros ne relevaient pas de leurs compétences. Graduellement, de nouvelles responsabilités leur ont été confiées, comme par exemple les soins ambulatoires. Dans les années quatre-vingt, la planification se décentralise de l'Etat vers les comtés, qui obtiennent la totale responsabilité de fournir des soins, mais aussi de la prévention et de la promotion de la santé pour leurs résidents.

En 1970, la réforme des « 7 couronnes » confie aux comtés les soins ambulatoires auparavant dispensés par les médecins privés au sein des hôpitaux publics. Les médecins prodiguant ces soins sont désormais salariés des Conseils généraux et ne peuvent plus traiter des patients privés dans les installations publiques.

La tendance du début des années quatre-vingt-dix est à la décentralisation vers les municipalités. En 1992, la réforme Ädel transfère à ces dernières la responsabilité des services sociaux et médicaux pour les personnes âgées, ce qui correspond au transfert d'environ un cinquième des dépenses de santé. En 1994, les municipalités deviennent responsables des handicapés physiques et, en 1995, des personnes atteintes de maladies mentales de long terme. Durant cette période, environ 30 à 40% des lits d'hôpitaux ont été transformés en lits de *nursing homes*.

Le Conseil général élit un Conseil de l'hôpital qui décide du management du secteur, choisit son organisation managériale et administrative. Les hôpitaux sont souvent gérés par des élus et des fonctionnaires.

En 1998, les dépenses du comté sont consacrées à 93,4% à la santé. Sur ces dépenses, 62% sont consacrées aux soins tertiaires régionaux (soins aigus très spécialisés) et secondaires (comté), 10% à la psychiatrie, 6% à la gériatrie et 22% pour les soins primaires.

2.1.5 Espagne : décentralisation vers les communautés autonomes

Le passage à un système national de santé en 1986 est concomitant d'un vaste processus de restructuration territoriale de l'Etat espagnol au profit des régions - les 17 communautés autonomes (*Autonomias Communidas*, CAs) -, qui a débuté en 1978. Ce processus se traduit dans le champ de la santé par une décentralisation de la gestion du système, voire de la collecte des ressources.

La décentralisation¹⁶ s'est déroulée en plusieurs étapes et ses conditions (surtout financières) ont été négociées de façon pragmatique, au cas par cas, entre les CAs et le pouvoir central.

Dans un premier temps, les compétences de gestion du système de santé - management et achat ou fourniture de soins - ont été décentralisées vers les CAs. Entre 1978 et 1986, la gestion d'une partie des secteurs sanitaire et social (santé mentale, santé publique, ...) est confiée aux CAs. A partir de 1981, la gestion du réseau de soins du système national de santé (INSALUD) est confiée à 7 CAs pionnières : la Catalogne (1981), l'Andalousie (1984), et le Pays Basque (1988), puis les communautés de Valence, Navarre, Galice, et les Iles Canaries. Enfin, depuis le 1er janvier 2002 la décentralisation de la gestion du système de santé est complète. Jusque là, subsistaient donc deux systèmes de gestion, les CAs auto-administrées et les autres qui relevaient de l'INSALUD.

Dans un deuxième temps, les compétences de collecte des ressources sont progressivement confiées aux CAs. Depuis le 1er juillet 2001, les CAs sont responsables de la collecte de 33% des impôts sur le revenu, de 35% de la TVA et de 40% des taxes spéciales. Cinq CAs collectent d'ores et déjà 50% des taxes et deux la totalité (Catalogne et Pays Basque).

¹⁶ (Cabiedes et Guillén, 1999; Cabiedes et Guillén, 2001; European Health Management Association, 2000; European Observatory on health care systems, 2000; Gaminde, 1999; Rico A., 1997; Rodriguez, Scheffler et Agnew, 2000; Rovira, 2002; Wisbaum, Leon et Rico, 2002).

Le mouvement de décentralisation et la façon dont il a été conduit sont à l'origine de difficultés quant à l'allocation des ressources et la coordination globale du système de santé.

L'Etat garde toute autorité quant à la coordination générale du système, la politique du médicament, la législation sanitaire (statut des personnels, normes et règlements) et les relations internationales. Les modalités pratiques de la coopération entre Etat et CAs, ainsi que la définition des conditions de la politique régionale de santé et la protection de l'équité (qui se limite à la définition du panier de soins), sont assurées au sein d'un conseil inter-territorial (*Consejo Interterritorial*). Chaque chef de département santé des CAs siège au sein de ce conseil, où les décisions sont prises par voie de consensus¹⁷. Il est particulièrement difficile de faire émerger un consensus tant les intérêts des CAs divergent.

2.1.6 Royaume-Uni : délégation de responsabilités aux autorités de districts

Il n'y a pas à proprement parler de décentralisation politique dans le NHS, mais une déconcentration de la gestion du système au profit des autorités locales de santé : aujourd'hui 100 *Health Authorities* (HAs), environ une par district, et demain 30 *Strategic Health Authorities* (StHAs).

Dans les années quatre-vingt-dix, la responsabilité d'une partie de l'achat de soins a été déléguée aux HAs (Cf. infra).

2.2 Délégation de la responsabilité économique et intensification de la concurrence entre prestataires

Même s'ils ont pris des formes distinctes dans les systèmes d'assurances sociales et dans les systèmes nationaux de santé, les mécanismes de décentralisation économique, mis en place dans la première moitié des années quatre-vingt-dix, ont tous en commun d'avoir fait émerger une fonction « d'acheteur de soins » et de mettre en place de nouveaux mécanismes de contractualisation.

Dans les systèmes nationaux, ceci revenait à rompre avec l'ancien modèle intégré où les administrations sanitaires étaient directement en charge des structures de soins publiques (en particulier des hôpitaux) et à séparer les rôles entre acheteurs et producteurs, les premiers devant négocier avec les seconds, mis en concurrence dans un marché simulé. C'est dans le NHS britannique que cette évolution a été poussée le plus loin, la réforme Thatcher ayant eu pour originalité de confier un rôle d'achat des soins non seulement aux autorités sanitaires de district, mais également celui d'achat des soins secondaires aux acteurs des soins primaires, les « généralistes gestionnaires de budget ».

Dans les systèmes d'assurances sociales, où la logique de « contrat » est inhérente au système, cela consiste avant tout en une amélioration de la sélectivité des contrats (Allemagne, Pays-Bas).

2.2.1 Royaume-Uni

La régulation au sein du NHS dans les années quatre-vingt est centralisée et hiérarchique (*command and control*). A la fin de la décennie, le NHS est confronté à une multitude de problèmes d'équité, d'efficacité, et de contrainte financière forte depuis 1982. Une enquête commanditée par M. Thatcher en 1989 débouche sur la publication du livre blanc *Working for patients* (1990). Les effets pervers d'un système intégré et hiérarchique y sont stigmatisés. C'est la base des réformes du début des années quatre-vingt-dix.

¹⁷ (Delaneau J. *et al.*, 2000)

Les réformes de 1991 s'articulent autour de trois éléments :

- la mise en place du *fundholding*, permettant à des groupes de généralistes (*GP fundholders*) de gérer des budgets afin d'acheter des soins pour leurs patients ;
- la séparation entre acheteurs de soins (*GP fundholders* et HAs) et prestataires de soins secondaires et tertiaires (hôpitaux, centres de soins communautaires...) ;
- la modification du statut des hôpitaux qui deviennent des fondations (trusts), ce qui leur confère une véritable autonomie de gestion.

Comme précédemment, les acheteurs reçoivent les fonds du gouvernement, mais les prestataires deviennent quasi indépendants, en ce sens qu'ils gèrent leur propre budget et qu'ils l'acquièrent par le biais de contrats avec les acheteurs. Potentiellement, il y a donc concurrence entre les prestataires de soins secondaires. L'objectif est clairement d'améliorer la productivité au sein du NHS en introduisant une responsabilité économique dans la pratique quotidienne des acteurs (acheteurs et prestataires de soins).

La fonction d'achat est dans un premier temps dévolue simultanément aux HAs et, sur la base du volontariat, aux généralistes gestionnaires de budget, la coopération entre ces deux entités prenant différentes formes en fonction du degré d'autonomie du généraliste (*GP fundholders*, *multifunds*, *total purchasing*...).

Les HAs se voient allouer un budget en rapport avec la population couverte et ses caractéristiques de besoin (capitation pondérée), afin d'acheter des soins secondaires.

Les *GP fundholders* se voient allouer des budgets proportionnels à la taille de leur liste de patients. Ils sont responsables de l'achat d'un nombre limité de soins secondaires. Le plus souvent il s'agit de la chirurgie programmée, soit environ 30% des adressages, mais la gamme des services achetés peut s'étendre de l'achat de soins communautaires à l'achat de l'ensemble des soins secondaires, y compris les accidents et les urgences (*total purchasing*). Le budget perçu est basé sur le nombre d'adressages pour les traitements concernés l'année précédant l'adhésion. Ce budget est alors déduit de celui de la HA d'appartenance du GP. Contrairement aux HAs, les *GP fundholders* peuvent utiliser leur surplus, mais uniquement pour améliorer les conditions de leur pratique (bâtiment, équipement...).

Les prestataires de soins secondaires (hôpitaux...) deviennent des trusts indépendants (cf. 4.1), disposant d'une véritable autonomie de gestion, dans la limite de règles émises par le NHS. Dans un premier temps et afin d'éviter les abus de position dominante, ces trusts ne sont pas autorisés à conserver leurs éventuels surplus.

La clef de la relation entre acheteurs et prestataires est le contrat (Allen *et al.*, 2002). Le rôle des acheteurs est théoriquement concentré sur la planification des services par le biais de l'évaluation des besoins et l'établissement de priorités. Ils sont sensés traduire dans les contrats leurs objectifs pour les soins individuels, incluant les standards de qualité. L'idée des politiques est que le contrat doit être complet, au moins à terme (avec le temps les relations sont de plus en plus spécifiées quant au niveau de la qualité et du partage du risque financier).

A posteriori, les évaluations du marché interne et plus généralement de la réforme de 1991 divergent et ne permettent pas réellement de poser un jugement catégorique¹⁸.

Les évaluations du *funholding*¹⁹ semblent montrer que sa mise en place a permis de maîtriser les coûts de prescriptions pharmaceutiques, mais n'a pas eu d'effet sur les coûts hospitaliers. En outre, il aurait

¹⁸ Cela est en partie le résultat d'une absence d'évaluation totalement indépendante des promoteurs des réformes

permis d'améliorer la qualité de l'échange d'information entre les médecins et les hôpitaux, de diminuer les listes d'attente et d'améliorer la prise en compte des attentes des patients et la prise en charge de certaines pathologies (cancer, maladie coronariennes).

Le marché interne en tant que tel a échoué, dans le sens où la mise en concurrence véritable n'a pas eu lieu (hormis pour la chirurgie programmée dans les zones urbaines) et les coûts de transactions ont augmenté. En revanche, il est indéniable qu'il a poussé à l'émergence d'une culture du partenariat et des contrats, même si ceux-ci n'ont jamais atteint le degré de complétude imaginé par les politiques (manque d'information, difficulté de suivi des contrats (Allen *et al.*, 2002)). Le marché interne a en outre favorisé une prise de conscience du coût des services.

Au milieu des années quatre-vingt-dix le concept de *commissioning* remplace celui de *purchasing* : on se focalise plus sur le rôle de planificateur que sur celui d'acheteur. A cette fin, on met en place des contrats de long terme.

Selon les observateurs, l'échec de la mise en concurrence tient aux défaillances du système d'information, à l'absence d'expertise et de compétence des acheteurs et à l'absence d'incitation dans les modes d'allocation des budgets aux hôpitaux. En effet, les HAs comme les Trusts n'avaient pas le droit de conserver leurs surplus éventuels. Les politiques de tarification et d'investissement des trusts restaient contrôlés par les autorités centrales. Par ailleurs, les politiques ont toujours fait pression pour que les HAs n'exercent pas pleinement leur pouvoir de sanction.

La réforme du NHS est la priorité du nouveau gouvernement travailliste élu en 1997 dont la pierre angulaire est le livre blanc « *The New NHS : modern and dependable* ». Il s'agit de mettre en œuvre une troisième voie dans la réforme - entre pôles libéraux et conservateurs - fondée sur le partenariat et sur la performance. Dans la pratique, les réformes de 1999 et 2000 (« *The NHS Plan* ») ressemblent plus à une généralisation et une extension des réformes précédentes qu'à une véritable remise en cause.

La réforme du gouvernement travailliste se caractérise par :

- le maintien de la séparation acheteurs prestataires, basée sur le principe de coopération, reposant sur la mise en place de contrats de long terme (*long term service agreements*) de 3 ans²⁰.
- la généralisation et l'extension du *fundholding* par la création des *Primary Care Groups/trusts* (PCG/T). Selon la nouvelle règle, tous les généralistes doivent rejoindre un PCG/T. Ces groupes peuvent conserver leur surplus selon le même principe que précédemment. Le PCG/T type comprend 50 généralistes et 100 000 patients.
- les trusts sont maintenus et sont habilités à conserver leurs surplus selon le même principe que les *GP fundholders*.
- la mise en place d'outils visant à l'amélioration de la performance : création du *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), chargé de l'élaboration des standards de bonnes pratiques, et de la *Commission for Health Improvement Program* (CHIMP), chargée de leur mise en œuvre.

En théorie les HAs perdent leur rôle d'acheteur, à l'exception de quelques services de haute spécialisation (soins tertiaires) mais conservent un rôle de supervision des PCG/Ts.

¹⁹ A la fin des années quatre-vingt-dix, 50% des patients étaient inscrits auprès de *GP fundholders*.

²⁰ Notons au passage que cela ne génère aucune économie dans les coûts de transaction puisque les financements sont toujours annuels et que cela implique des renégociations à la marge.

De plus en plus, les dépenses de capital sont le fait d'investisseurs privés dans le cadre de la « *Private Finance Initiative* (PFI) ». Les établissements doivent faire appel au secteur privé pour financer leurs investissements et seules les demandes non satisfaites sont recevables auprès du NHS. Après des débuts mitigés, le PFI monte en charge : d'ici 2003, 22% des dépenses de capital du NHS devraient être financé via le PFI.

2.2.2 Suède

Au même moment que la réforme Thatcher au Royaume-Uni, la Suède lançait elle aussi une réforme du même type. Les hôpitaux étaient jusqu'alors directement gérés par les conseils de comtés qui leurs allouaient des budgets.

La réforme du début des années quatre-vingt-dix faisait suite à une décennie de contrôle des coûts obtenu par des moyens budgétaires classiques²¹ (plafonds de dépenses, gel des taux d'imposition), dont l'efficacité est nette de ce point de vue, comme dans tous les systèmes nationaux. Les dépenses de santé ont en effet décliné en termes réels dans la décennie 80 et sont restées stables dans la première moitié des années quatre-vingt-dix.

Mais corrélativement, les listes d'attente avaient fortement augmenté et étaient devenues un objet de débat public. L'objectif sous-jacent aux évolutions de la première moitié des années quatre-vingt-dix était donc clairement l'accroissement de la productivité.

La première étape, « la garantie de soins et de choix des patients », a permis aux patients, d'une part de s'adresser à l'hôpital de leur choix au sein de leur comté de résidence, d'autre part de s'adresser à un hôpital hors comté s'ils n'étaient pas traités dans des délais considérés comme acceptables. L'argent devant suivre le patient, cette liberté de choix induisait une pression sur les hôpitaux pour fournir des soins de qualité dans des délais convenables. Bien que la mobilité effective ait été faible au total²², il semble bien que la pression qu'elle a créée ait effectivement abouti à une diminution significative des listes d'attente.

Un deuxième aspect de ces réformes a consisté, comme au Royaume-Uni, à séparer les acheteurs publics des producteurs hospitaliers, mis en concurrence pour les fonds publics. Dans la pratique, seulement 6 comtés « pionniers » mirent en place une organisation dans laquelle cette fonction d'acheteur était assurée par des instances ayant une certaine indépendance, parfois à un niveau très local (par exemple dans le comté de Dalarna) ou à un niveau plus centralisé, comme à Stockholm, qui présente le modèle le plus abouti de mise en concurrence dans ce pays. Dans les autres, des unités « d'achat » furent créées au sein des services centraux.

La contrepartie logique de cette autonomie des acheteurs, c'est-à-dire l'autonomie des producteurs, a été également mise en œuvre à des degrés variables. Les hôpitaux ont gagné en indépendance manageriale durant cette période, mais la perspective a été apparemment beaucoup plus limitée qu'au Royaume-Uni. Pour prendre un exemple, l'abandon des grilles salariales nationales n'a jamais été envisagé.

Des gains de productivité, de qualité et des améliorations en termes de réponse aux attentes des patients ont été enregistrés durant les premières années de la décennie 90. Le rôle qu'y a joué la séparation acheteur-producteur est incertain : certains auteurs contestent toute efficacité à ce mécanisme en arguant du fait que ces gains ont été généraux dans tout le pays et que l'accroissement de la productivité a plutôt été une réponse à la pression financière, car les restrictions budgétaires ont

²¹ imposés d'autant plus énergiquement que la Suède a connu à la fin de la décennie 80 une très forte récession

²² ce que l'on constate dans toutes les expériences de concurrence de ce type.

continué. En tout état de cause, ce qui paraît assez certain, c'est que - comme au Royaume-Uni du reste - , c'est moins la concurrence directe entre hôpitaux que la pression et l'incitation à la productivité créée au travers de ces mécanismes de négociation et de responsabilisation financière qui ont conduit à des gains de productivité, car les « acheteurs » ont pour la plupart gardé leur loyauté envers « leurs » hôpitaux de secteur et continué à contracter avec eux et à les financer globalement (le « modèle de Stockholm » étant cependant une exception à ce schéma).

Ces réformes inspirées par la concurrence ont été abandonnées au milieu des années quatre-vingt-dix avec l'alternance politique et le retour au pouvoir des socio-démocrates. Comme pour la réforme Blair, l'accent a été mis sur la coopération et les relations de long terme, plutôt que sur la concurrence et l'achat. D'autre part, les mécanismes de marché étaient vus comme induisant des coûts supplémentaires, alors même que la nécessité de maîtriser les dépenses était renforcée par la récession. A compter de 1995, l'intervention directe des comtés s'est donc à nouveau renforcée, avec pour corollaire une réduction de l'autonomie des acteurs. Ainsi les conseils de comtés ont organisé directement les restructurations et les fusions d'établissements, qui se sont multipliées depuis quelques années. De la même manière, des instances d'achat locales ont été recentralisées, leurs marges de manœuvre réduites, y compris dans le comté de Stockholm où le modèle concurrentiel avait été mis en œuvre de la façon la plus ambitieuse (en décentralisant les procédures d'achat au niveau des départements dans chaque hôpital).

Même avec ce retour en arrière, la plupart des observateurs s'accordent à penser que ces réformes ont laissé des traces positives durables : en obligeant les hôpitaux à être plus attentifs à la demande de patients qui ne sont plus captifs (cette partie de la réforme sur le choix de l'hôpital par le patient, très populaire, a été maintenue), en remplaçant des procédures budgétaires descendantes par des processus de contractualisation publique avec les hôpitaux, elle a permis de jouer sur des incitations nouvelles génératrices d'efficience.

2.2.3 Espagne

Comme les autres systèmes nationaux de santé, l'Espagne s'est lancée depuis le début de la décennie 1990 dans un mouvement de décentralisation de la responsabilité économique. Cependant, le degré d'avancement des réformes est moindre et très hétérogène d'une région à l'autre, surtout entre les CAs pionnières (Catalogne, Pays Basque, Andalousie) et celles relevant jusqu'à récemment de l'INSALUD.

Les réformes consistent principalement en la séparation des acheteurs et des prestataires et l'introduction de nouveaux statuts des établissements de soins et de nouvelles formes de management.

En théorie, la séparation acheteurs-prestataires repose sur l'institution d'agences quasi indépendantes sous régime de droit privé au niveau de la région, voire sur la décentralisation d'une partie de l'achat de soins à des aires de santé. Il s'agit par exemple du service de santé catalan, qui contracte indifféremment entre les services fournis par les prestataires publics (Institut de santé catalan) et les établissements privés. L'expérimentation la plus aboutie concerne une des 40 provinces catalanes au sein de laquelle l'ensemble de l'offre de soins est assurée par des compagnies privées par le biais de franchises. La Catalogne n'est pas allée jusqu'à confier au généraliste la gestion des budgets, sauf dans un cas particulier (Ville de Vic).

En pratique, cette séparation n'a jamais été mise en œuvre - et encore moins généralisée - hormis en Catalogne. Ce mouvement se heurte, au sein de l'INSALUD, à la logique de planification de l'offre et d'adressage obligatoire des patients pour les soins secondaires. Pour une zone géographique, le niveau d'offre ne permet pas une réelle mise en concurrence. On assiste même à des tendances inverses, en ce sens que les RHS interviennent directement dans le management des centres de soins, la planification, et l'on constate une importante dépendance des prestataires envers le centre.

2.2.4 Sélectivité des contrats en Allemagne et aux Pays-Bas

Aux **Pays-Bas**, la réforme de 1991 avait clairement pour objet (entre autres) de placer les prestataires en concurrence en supprimant l'obligation pour les caisses de contracter avec tout prestataire qui le demandait. Les caisses avaient donc théoriquement le droit de sélectionner les prestataires avec lesquelles elles contractaient. D'après les experts du Conseil des caisses d'assurance néerlandais, ce pouvoir de sélection n'a jamais été véritablement mis en œuvre par les caisses dans le cas des hôpitaux. Pourtant, des experts néerlandais notent que la réforme a eu un impact notable dans deux domaines : l'amélioration de la qualité des prestations et un progrès dans la connaissance de l'activité et des coûts par les acteurs.

La réforme de 1995 tentait d'accroître la mise au risque financier des caisses d'assurances, jusqu'alors financées *a posteriori* à hauteur des coûts engagés. Depuis cette date, les caisses devaient garder à leur charge une partie de la différence entre les coûts réalisés et les coûts prévisionnels. L'effet attendu de cette réforme était d'inciter les caisses à pratiquer une vraie sélection des prestataires, mais les conséquences effectives ne nous sont pas connues.

En **Allemagne**, depuis la réforme de 1989, hôpitaux et associations de caisses doivent négocier des contrats concernant l'assurance qualité (qui ont en réalité mis plusieurs années à se mettre en place). De plus, les caisses ont obtenu le droit de déconventionner des hôpitaux. Toutefois cette éventualité ne s'est que rarement produite du fait de la complexité du processus qui consistait à obtenir l'accord de toutes les caisses et l'approbation du gouvernement du Land pour déconventionner un établissement.

3 ALLOCATION DE RESSOURCES POUR LES SOINS HOSPITALIERS ET MODES DE PAIEMENT DES HOPITAUX

3.1 Encadrement de la dépense globale de soins hospitaliers

Aux **Pays-Bas**, il existe un budget global concernant l'ensemble des soins pris en charge au titre de l'assurance publique ordinaire. Ce budget global est réparti entre les caisses d'assurance maladie concernées. Les dépenses relatives aux soins pris en charge par l'AWBZ et les assurances privées ne sont pas encadrées.

L'**Allemagne** n'a pas un budget pour la santé mais plutôt 17 budgets financés par l'impôt (un par *Land* et un au niveau fédéral) et autant de budgets que de caisses d'assurance maladie²³ (sans tenir compte des autres assurances sociales, ni des assurances privées).

Tous les budgets financés par l'impôt sont déterminés par les parlements sur proposition des gouvernements.

Les caisses d'assurance ont l'obligation de couvrir toutes les dépenses de leurs assurés, en ajustant au besoin leurs contributions. Toutefois, l'objectif politique étant de ne pas augmenter le taux de contribution (c'est-à-dire de maintenir la progression des dépenses au niveau de la progression des revenus), des budgets sectoriels et des plafonds de dépenses ont été introduits.

Notons que des budgets exceptionnels sont parfois accordés pour répondre à certains besoins (par exemple aux besoins infirmiers).

Au **Québec**, le gouvernement québécois fixe un montant pour les dépenses totales de fonctionnement des établissements du réseau, qui n'incluent pas les rémunérations des médecins²⁴. L'enveloppe globale est alors distribuée aux régies, qui l'allouent entre les différentes catégories de soins.

Les dépenses d'investissement hospitalier sont financées par le Ministère, sur proposition des régies qui présentent la liste des opérations à réaliser, en précisant le coût et le degré de priorité de chacune d'elle.

La rémunération des médecins exerçant dans les hôpitaux n'est pas incluse dans le budget des hôpitaux. En revanche, les dépenses relatives à l'ensemble des services de médecins (en ville et à l'hôpital) étaient jusqu'à présent encadrées par une enveloppe globale, à laquelle s'ajoutait un plafonnement individuel de l'activité. Depuis peu, la rémunération des médecins pour leur activité en établissement est déplafonnée (Lemay, 2001).

Au **Royaume-Uni**, la dépense totale de santé est déterminée par le biais d'un vaste processus de négociation tripartite entre le département de la santé, le Trésor et les autres départements de dépenses publiques (éducation...). Une enveloppe fermée est déterminée pour les soins secondaires et tertiaires depuis 1982 et pour les prescriptions pharmaceutiques depuis 1999. Le paiement des services de généralistes n'est pas encadré.

²³ Environ 450.

²⁴ Celles-ci relèvent de la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Théoriquement, au niveau des acheteurs de soins, les enveloppes sont fongibles dans la mesure où les PCT ont un pouvoir discrétionnaire sur l'ensemble de la dépense (sauf exception) et peuvent arbitrer entre soins primaires, secondaires et tertiaires.

En **Espagne**, l'ensemble des dépenses de santé étaient encadrées avant 1994, par un budget cible fixé annuellement et, depuis cette date, pour une période de trois ans. Ce budget était réparti entre les régions (Cf. 3.2). Dans les faits, les déficits des CAs ou de l'INSALUD ont toujours été couverts.

Depuis 2001, c'est la dépense publique totale qui est encadrée et distribuée aux CAs, qui peuvent allouer comme elles l'entendent les budgets entre les différents postes de dépenses publiques (santé, éducation...).

3.2 Modes d'allocation des ressources

Les modes d'allocation des ressources aux régions ou/et aux établissements ont eu tendance à se perfectionner et se complexifier pour passer de paiements rétrospectifs complets à des allocations prospectives, généralement calculées sur une base historique, puis à des formules d'allocation prenant en compte «les besoins» de la population. La recherche d'équité est en général à l'origine de ce processus mais la notion d'efficience est parfois également invoquée.

Ainsi, aux **Pays-Bas**, depuis 1991, le financement des caisses de l'assurance publique (ZFW) est censé refléter leur niveau d'efficience dans l'achat de soins aux fournisseurs. Le budget des caisses se forme donc de la façon suivante : 1) l'ensemble des cotisations sociales des assurés, basées sur le revenu forme un budget qui est redistribué entre les caisses selon une capitation ; 2) la différence entre le budget reçu et les dépenses engagées doit ensuite être prélevée sur les assurés sous la forme d'une prime forfaitaire. C'est la valeur de cette prime qui est supposée refléter l'efficience de la caisse.

Le Ministère fixe donc un budget (Cf. 3.1) et établit des règles d'allocation entre caisses. La formule d'allocation est déterminée, en fonction de ces règles, par le Collège des assurances santé (CVZ : *College voor zorgverzekeringen*), qui la soumet ensuite à l'approbation du Ministère. Initialement fondée sur les coûts historiques, la formule d'allocation a été progressivement modifiée pour tenir compte de facteurs d'ajustements concernant l'âge et le sexe, puis la région en 1996. Depuis 2001, le facteur régional a été révisé afin de mieux prendre en compte les différences interrégionales de socio-démographie et d'offre de soins.

La responsabilité budgétaire des caisses ne pouvant théoriquement concerner que les dépenses sur lesquelles elles sont susceptibles d'avoir une influence, les dépenses sont classées en trois niveaux²⁵ selon le risque financier finalement assumé par les caisses. Pour chacun des trois niveaux sont définis : la part du déficit budgétaire (budget – dépense réalisée) de la caisse pouvant être couverte au titre d'une péréquation entre les caisses et la part du déficit résiduel (après péréquation) pouvant être couverte au titre d'un ajustement en fin de période pour l'ensemble des caisses.

Deux de ces niveaux concernent les soins hospitaliers²⁶ :

²⁵ Avant 1998, les dépenses étaient classées en deux niveaux : coûts fixes (investissements hospitaliers) et coûts sur lesquels les caisses pouvaient exercer leur fonction d'acheteur (services de généralistes et de spécialistes, médicaments...).

²⁶ Le troisième niveau concerne les dépenses de médecins, de médicaments... pour lesquelles les caisses sont totalement mises au risque ; les déficits ne sont jamais couverts et les caisses assument 100% des déficits en augmentant les primes de leurs assurés.

- Les coûts fixes relatifs aux soins hospitaliers forment le « niveau 1 » des dépenses et représentent 22% des budgets des caisses. A ce niveau, lorsque les dépenses réalisées par une caisse dépassent son budget prévisionnel, il n'y a aucune péréquation entre les caisses, mais un ajustement en fin de période permet de couvrir 95 % des coûts, ne laissant à la charge de la caisse que 5 % de son déficit ;
- Les coûts variables relatifs aux soins hospitaliers et aux soins spécialisés forment le « niveau 2 » de ces dépenses et représentent 36 % des dépenses des caisses. En cas de déficit, 30 % des dépenses excédentaires peuvent être couverts au titre de la péréquation entre caisses²⁷ et 35 % du déficit résiduel au titre de l'ajustement *a posteriori* (dans le cas où les dépenses de l'ensemble des caisses pour ce niveau excèdent le budget global).

Progressivement, les taux de péréquation et d'ajustement *a posteriori* ont été diminués, laissant aux caisses une part croissante du financement des déficits (3 % en 1995 et 35 % en 1999), répercutée dans les primes des assurés {den Exter, Hermans, et al. 2002 492 /id}.

C'est sans doute au **Royaume-Uni** que la méthode d'allocation des ressources au niveau intermédiaire est la plus aboutie. Concrètement, la méthode est plus ou moins élaborée selon les niveaux :

- du département de la santé vers les HAs, l'allocation est ajustée au risque selon une méthode « sophistiquée » : le RAWP (*Ressource Allocation Working Party*). Les critères sont multiples et fonction du type de soins (aigus, psychiatrique...). A titre d'exemple, l'allocation de ressources pour les soins aigus prend en compte le taux de mortalité standardisé des moins de 75 ans, le taux de retraités vivant seuls, la proportion d'enfants dans des ménages monoparentaux, le taux de chômage, le taux de prévalence de maladies de longue durée à âge et sexe donnés des moins de 75 ans (Oliver, 2000).
- des HAs vers les PCG/Ts, l'allocation est ajustée au risque selon des modalités plus frustes (âge, sexe, prix relatifs des soins). Des contraintes techniques (population de référence trop limitée et mal connue) empêchent l'utilisation de méthodes plus raffinées. La reconfiguration des HAs en StHAs devrait permettre de dépasser la plupart de ces contraintes et d'utiliser les mêmes principes d'allocation qu'entre le département de la santé et les HAs.

En **Espagne**, le mode d'allocation des ressources est une capitation pondérée selon des critères de besoins. Historiquement, l'allocation des ressources devait correspondre aux coûts des services transférés aux Communautés autonomes. L'implémentation de ce transfert de ressources a été à l'origine d'une perpétuation des inégalités - puisque le montant de la première année était fonction des dépenses de l'année précédant le transfert -, et de conflits puisque les CAs ont immédiatement crié au sous-financement. Les déficits récurrents de l'INSALUD et leur financement systématique *a posteriori* les ont confortées dans cette opinion. Au final, les CAs ont bénéficié depuis toujours de compensations relatives au montant du déficit de l'INSALUD, conditionnées à leur situation financière (déficits avérés). L'incitation au dérapage était donc très forte.

En 1993, l'Espagne a tenté d'introduire des financements trisannuels, pondérés selon les besoins (taille de la population). La permanence des déficits a conduit à un rattrapage important en 1997 lors de la négociation de la seconde période de trois ans, et deux nouveaux critères sont introduits : les flux interrégionaux et la participation à la formation de médecins.

²⁷ Symétriquement, si une caisse présente un excédent pour ce type de dépenses, elle sera amenée à reverser une partie de cet excédent lors de l'opération de péréquation.

Depuis 1^{er} juillet 2001²⁸, les modalités de financement des régions ont été de nouveau modifiées. Concernant la santé sont distingués :

- un fonds général, déterminé en fonction du nombre d'habitants à 75 %, en fonction du nombre d'habitants de plus de 65 ans à 24,5 % et en fonction du degré d'isolement géographique à 0,5 % (pour les îles notamment) ;
- des fonds spécifiques pour compenser les flux inter-régions, les soins dispensés aux personnes dépendantes et aux immigrants (en discussion).

En théorie, au sein des CAs, les enveloppes sectorielles sont fongibles, c'est-à-dire que les dépenses de santé ne sont plus « marquées » à l'intérieur du budget global pour dépenses publiques. Cela reste pourtant la règle par souci d'équité et de sauvegarde des dépenses allouées à la santé. En effet, si les responsabilités données aux CAs leur offrent la possibilité de réallouer les dépenses publiques en fonction de leurs propres besoins et selon des critères d'efficacité, elles portent également le risque d'un accroissement des inégalités dans l'accès aux soins.

En **Suède**, l'allocation aux comtés des ressources prélevées au niveau national est effectuée par une capitation, selon une formule prenant en compte les différences de consommation des différents groupes ainsi que les caractéristiques de la population (sexe, âge, occupation, revenu, logement et présence de groupes à fortes dépenses). Ces dépenses ne sont pas préaffectées à différents types de soins.

Au **Québec**, l'enveloppe budgétaire allouée aux Régies couvre les dépenses de fonctionnement des services socio-sanitaires dispensés dans les établissements du réseau. L'allocation de ces ressources entre régions se fait essentiellement selon une reconduction des budgets des années précédentes. Les critères d'équité, définis par la Loi sur la santé et les services sociaux, n'ont été utilisés qu'à la marge dans cette allocation régionale pour les années 1995-96 et 1997-98, caractérisées par une très forte contrainte budgétaire et des opérations importantes de transformation du réseau (Bédard, 2002).

Chaque régie doit ensuite allouer les ressources entre les établissements du réseau. Aucune règle n'a été explicitement établie pour procéder à cette allocation mais les plans des régies sont soumis au gouvernement pour accord. Pratiquement, les régies ont adopté différentes stratégies pour répartir les budgets et en particulier pour absorber les compressions budgétaires (Bédard, 2002). Deux méthodes ont été utilisées. La « répartition des efforts budgétaires » a notamment été utilisée par les régies les plus importantes (Montréal centre, Québec et Laval) ; elle consistait principalement à réaliser des économies par une restructuration de certaines activités (virage ambulatoire, regroupements de services, mise en commun de ressources ...) et à inciter certains établissements à accroître leurs performances en diminuant leur dotation. La « révision des bases budgétaires » a été tentée dans quatre régions dans lesquelles la reconduction des budgets sur une base historique a été remplacée par un financement s'appuyant sur une approche normative des besoins financiers des établissements. Ces besoins ont été appréciés en fonction de paramètres concernant les quantités de services nécessaires à la population et les coûts unitaires (ou les coûts par personne).

En dehors de ces périodes de forte pression budgétaire et de transformations importantes du réseau, la marge de manœuvre des régies pour allouer les budgets entre établissements est fortement contrainte par la reconduction des budgets des établissements existants et par les dépenses associées au personnel bénéficiant de la sécurité de l'emploi.

²⁸ (Wisbaum, Leon et Rico, 2002)

3.3 Modes de paiements des hôpitaux

Pendant longtemps les établissements hospitaliers ont été financés *a posteriori* à hauteur des coûts engagés pour la production des services. La nécessité de maîtriser l'évolution des dépenses a encouragé le développement de modes de paiements prospectifs, sous la forme de budgets globaux ou de paiements par cas (ou pathologie).

Chacun des pays étudié est passé, plus ou moins tardivement, à des modes de paiement prospectifs, avec toutefois une incitation plus ou moins forte pour les établissements à respecter le budget prévu en début d'exercice.

Le paiement par cas est envisagé par chacun des systèmes analysés à plus ou moins longue échéance, avec des chances inégales de succès, notamment dépendantes du niveau des systèmes d'information et des pratiques de comptabilité utilisées dans les établissements. A l'heure actuelle, les groupes homogènes de séjour (DRG pour *Diagnostic related groups*, selon la terminologie originelle de *Medidare*) ne sont utilisés que pour une partie des paiements dans certains pays et uniquement à des fins de *benchmarking* dans d'autres.

3.3.1 Allemagne²⁹

Alors que les dépenses d'investissement sont financées par les *Länder*, selon les plans qu'ils établissent (Cf. 2.1.1), les dépenses de fonctionnement³⁰ sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie et, plus marginalement, par les patients privés.

Comme précisé précédemment, la nature, le volume et le tarif des activités de chaque hôpital sont négociés entre l'hôpital et un comité représentant l'ensemble des caisses détenant une part de marché de plus de 5 % dans cet hôpital.

Jusqu'en 1985, les établissements étaient rémunérés sur la base d'un prix de journée (*per diem*), calculé rétrospectivement pour chaque hôpital. La loi de restructuration hospitalière de 1984³¹ a introduit, à partir de 1985, les budgets³² prospectifs flexibles, théoriquement établis de manière à favoriser les établissements efficaces. L'activité et les coûts de chaque établissement étaient comparés à ceux d'autres établissements comparables et le budget était déterminé en fonction du volume d'activité et des coûts prévisionnels. Un tarif *per diem* était déduit de ce budget global pour servir de base aux versements des caisses. La flexibilité des budgets consistait en un partage de risques entre caisses et hôpitaux : si l'hôpital réalisait une activité inférieure aux prévisions, les caisses ne versaient que 75 % du *per diem* pour les « journées manquantes », dans le cas contraire, les caisses n'assumaient que 25 % du coût supplémentaire.

La réforme de structure de 1993 a instauré le paiement des établissements par budgets fixes, interdisant tout ajustement *a posteriori* et laissant aux hôpitaux la charge de leurs déficits ou le produit de leurs bénéfices. Pour l'année 1993, les budgets des établissements ont été calculés en appliquant

²⁹ (Leidl, 1995), (Busse et Schwartz, 1997) et (Busse, 2001).

³⁰ Les dépenses de fonctionnement comprennent l'ensemble des dépenses de personnel, incluant les médecins, qui sont salariés des hôpitaux.

³¹ Notons au passage que cette loi a également introduit la possibilité d'inclure des dépenses d'investissement dans le *per diem*, pour les investissements étant de nature à diminuer les coûts de fonctionnement à moyen ou long terme.

³² Les budgets ne comprennent pas les revenus perçus par les médecins traitant des patients privés, ni les recettes des établissements concernant les services directement facturés au patient (chambre particulière par exemple).

aux budgets de 1992 le taux de croissance prévisionnel des recettes des caisses (estimations publiées par le Ministre de la santé fédéral), éventuellement ajusté pour tenir compte de certains facteurs (comme par exemple un accroissement des salaires du personnel). Politiquement, le système des budgets fixes avait été présenté comme temporaire en attendant le paiement prospectif au cas et à l'intervention, qui a été introduit en 1996 pour un segment limité de l'activité.

L'année 1996 marque le retour des budgets flexibles, justifié par le fait que les établissements ayant le devoir d'offrir les services à la population de leur secteur doivent obtenir des rallonges budgétaires lorsqu'ils ne sont plus en mesure d'offrir ces services.

Bien que les dépenses des établissements restent en grande partie rémunérées par budget global, trois types de paiement coexistent :

- un tarif *per diem* divisé en deux parties³³, une partie couvrant les coûts des services médicaux et une partie couvrant les dépenses d'hébergement. La première est spécifique au département de l'hôpital, alors que la seconde est commune à tous les services.
- des tarifs spéciaux définis pour quelques interventions et qui s'ajoutent au prix de journée.
- des paiements par cas, définis pour certaines combinaisons « diagnostic + intervention » et qui couvrent l'ensemble des coûts relatifs au séjour hospitalier.

Pour ces deux derniers types de paiement, des échelles de valeurs relatives ont été définies³⁴ par le Ministère et le facteur de conversion monétaire³⁵ est déterminé par négociation entre associations de caisses et d'hôpitaux au niveau du *Land*. La valeur de ce facteur de conversion peut éventuellement être ajustée pour tenir compte de besoins spécifiques de la population desservie par l'établissement³⁶.

Selon (Busse, 2001) moins d'un quart des séjours sont rémunérés selon le paiement prospectif par cas, avec de fortes variations selon les hôpitaux et les spécialités. Selon Asmuth et al. (1999), 12% des hôpitaux ne reçoivent aucun paiement par cas alors que dans les autres établissements, ces paiements représentent 25 % des cas et des volumes remboursés. Aucun tarif par cas n'est défini en médecine, pédiatrie et psychiatrie alors que plus de 50 % des séjours en gynéco-obstétrique et deux-tiers des séjours en ophtalmologie sont payés au cas. Le nombre de tarifs différents et les volumes fournis font l'objet de négociations au niveau de l'hôpital. En moyenne, le *case-mix* d'un hôpital comprend 32 tarifs par cas différents et 42 tarifs d'interventions.

Les paiements par cas, par acte et *per diem* sont tous inclus dans le budget global de l'hôpital. Ce budget est donc défini à partir des volumes prévisionnels de services produits et des tarifs négociés pour chaque catégorie de paiement (prix de journée, tarif par cas et tarif par intervention). Depuis 1996, il s'agit à nouveau de budgets flexibles ou « cibles ». Si l'activité réalisée a été plus importante

³³ Avant 1996, un *per diem* « général » était défini puis une dizaine de *per diem* existaient pour les services très spécialisés (tels que les services pour les grands brûlés et la néonatalogie), ou au contraire peu coûteux (psychiatrie de jour). La division *per diem* en deux parties est une généralisation de ce système à tous les services.

³⁴ Les valeurs relatives ont été calculées à partir de données d'activité et de coûts de 1993, sur un échantillon de patients, en appliquant une réduction de 15% de la durée moyenne de séjour observée (l'objectif étant de réduire de 30% la durée de séjour observée qui était très élevée).

³⁵ Valeur du point qui permet de passer de la valeur relative de l'acte/du séjour exprimée en points au tarif applicable.

³⁶ En outre, une durée maximum de séjour est définie, au-delà de laquelle un supplément de rémunération complète le paiement par cas pour tenir compte de circonstances exceptionnelles (environ 3% des séjours sont concernés).

que prévu et que le budget a été dépassé, l'hôpital doit assumer une partie des coûts, dans une proportion variant selon le type de séjour (50 % pour les greffes, 75 % pour les autres cas et interventions et 85 à 90 % séjours rémunérés par *per diem*). Ce qui signifie que les «excédents» d'activité ne sont pris en charge qu'à 50, 25 ou 10 à 15 % par les caisses d'assurance maladie. Si le budget cible n'a pas été atteint, l'établissement perçoit 40 % des paiements relatifs à l'activité non réalisée³⁷.

La dépense par lit ou par jour augmente mais la dépense par cas a diminué depuis 1996, traduisant une hausse de l'efficacité. La réforme de 2000 prévoit un nouveau système de paiement fondé sur les tarifs à la pathologie pour tous les patients (sauf psychiatrie). Ce système devait être développé jusqu'à fin 2001 et être introduit en 2003.

3.3.2 Pays-Bas³⁸

Aux Pays-Bas, les caisses négocient avec les établissements pour déterminer la quantité, la qualité et, dans une certaine mesure, les prix des services produits.

Les tarifs des biens et services médicaux couverts sont définis au niveau national, à l'exception des prix de journée des hôpitaux. Le Collège pour les tarifs des soins (CTG: *College Tarieven Gezondheidszorg*) établit des recommandations pour la fixation des tarifs.

Jusqu'en 1982, les établissements étaient remboursés par *per diem* et les dépenses n'étaient pas encadrées. En 1983, un système de budget global a été instauré. Au début, le gouvernement avait imposé un gel de la croissance des dépenses de chaque hôpital, pénalisant ainsi les plus efficaces.

En 1988, un nouveau mode de calcul pour les budgets est apparu, selon lequel la partie historique des dépenses devait graduellement laisser la place à un système fondé sur les coûts moyens de fonctions données dans des établissements comparables. Les budgets des hôpitaux ont donc été éclatés selon 4 composantes (Scheerder, 1998) :

- les coûts « d'emplacement », c'est-à-dire les coûts d'infrastructure et d'équipements, y compris dépréciation et intérêts ;
- les coûts fixes, identifiés par l'importance de la population à desservir ;
- les coûts semi-fixes, c'est-à-dire invariables à court terme mais fonctions des capacités de l'hôpital (lits et unités de spécialistes) ;
- les coûts variables avec le niveau d'activité ou de production de l'hôpital: nombre d'admissions, de journées, de traitements de jour et de consultations ambulatoires...

Les budgets de fonctionnement sont donc calculés pour chaque hôpital en prenant en compte trois paramètres : la population à desservir à hauteur de 15 %, le nombre de spécialités et de lits autorisés (paramètres de capacités) à hauteur de 35 % et les paramètres de production à hauteur de 50 % (de Folter, 1998).

A l'intérieur de ces budgets, les hôpitaux négocient, avec les caisses et les assureurs privés, les volumes de production et les prix. En pratique, les tarifs accordés sont plus élevés pour les grands hôpitaux, censés traiter les cas les plus compliqués (Busse, 2002).

³⁷ Cette part était de 50% en 1999 et a été abaissée à 40% en 2000. Concrètement, son financement est réparti sur l'ensemble des caisses proportionnellement à l'utilisation effective de services par leurs assurés et est mis en œuvre par une majoration de tous les tarifs unitaires.

³⁸ (Maarse, 1995), (Maarse, Mur-Veeman et Fagim, 1997), (de Folter, 1998), (Busse, 2002), (den Exter, Hermans et Dosljak, 2002) et note non publiée fournie par le Pr Maarse en 2002.

Concrètement, les paiements par les caisses s'effectuent de deux façons :

- une rémunération « à l'acte » des services auxiliaires, selon les tarifs définis par le CTG pour environ 1 600 activités de traitement ou de diagnostic de l'hôpital. Ces tarifs sont les mêmes dans tout le pays et sont assez proches des coûts moyens ;
- une rémunération *per diem* des soins de nursing. La valeur de ce prix journalier est définie pour chaque établissement en divisant par le nombre prévisionnel de journées la différence entre le budget global et le coût total des services auxiliaires. Ce tarif, propre à chaque établissement, s'applique à tous les assureurs concernés.

Avant 2000, les budgets devaient être strictement respectés et, si les réserves pouvaient être conservées, les déficits devaient être comblés dans les années suivantes par le biais d'un ajustement des tarifs de nursing (Scheerder, 1998).

Depuis 2000, les paiements des hôpitaux sont liés à la performance dans le sens où une production de l'hôpital inférieure aux volumes négociés conduit à une baisse des montants versés par les assureurs. Ces incitations ont pour objet de stimuler l'activité et diminuer les listes d'attente.

D'après les experts nationaux, le budget global n'est qu'une étape vers des paiements plus liés à la performance et ne devrait pas survivre. D'après eux, le fait de fixer des budgets n'est pas compatible avec les principes de l'assurance (les assurés paient, sont couverts, mais les services ne sont pas disponibles pour cause de listes d'attente). D'autre part, une partie des tarifs ne reflète pas les coûts engagés et enfin, les incitations portées par le système actuel sont assez faibles, aussi bien en termes d'efficacité qu'en termes de production et partage de l'information.

Un paiement à la pathologie est prévu pour 2003. Une classification a été élaborée en s'inspirant du principe des DRG, mais avec quelques variantes. Environ 1 600 combinaisons de diagnostics et traitements (DBC : *Diagnose Behandelingen Combinaties*) ont été définis. Contrairement aux systèmes mis en œuvre dans les autres pays, un patient pourra être classé dans plus d'un DBC, le spécialiste qui effectue l'acte le codera lui-même et ses honoraires seront inclus dans le tarif applicable au DBC. Dans un premier temps, ces paiements ne concerneront que les assurances publiques, mais il est question de les étendre aux assurances privées.

Concernant les dépenses de capital, dans le système actuel, les hôpitaux se voient accorder des budgets complémentaires s'ajoutant aux budgets de fonctionnement pour les innovations majeures et la construction de nouveaux établissements. Ces suppléments sont entièrement couverts par les tarifs de nursing sur une très longue période (50 ans), de telle façon que les hôpitaux ne supportent pas le risque financier des dépenses de capital. Les coûts de maintenance sont également financés sur des budgets complémentaires. (Maarse, 2002).

3.3.3 Québec

Au Québec, les établissements sont payés différemment selon leur statut (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001) : les établissements publics sont financés sur budgets par le Fonds consolidé du revenu ; les établissements privés à but partiellement lucratif doivent passer une convention avec le Ministère ; les établissements à but totalement lucratif doivent s'autofinancer, ils sont non conventionnés.

Depuis 1972, les dépenses d'exploitation des hôpitaux sont en grande partie financées sur budget global historique. La rémunération des médecins, les dépenses d'immobilisation et d'équipements majeurs et celles de certains programmes (santé publique) ne font pas partie de ce budget. Les hôpitaux ont également d'autres sources de revenus, beaucoup moins importantes (caisses d'assurance pour les accidentés du travail et pour les accidentés de la route, revenus d'hôtellerie pour chambres privées ou semi-privées et vente de services privés) (Lemay, 2002).

D'année en année, des ajustements étaient pratiqués à la marge pour couvrir l'inflation générale et celle des inputs, ainsi que pour tenir compte de facteurs individuels tels que le développement de certaines activités ou la réduction des listes d'attente. Ces ajustements individualisés étaient en fait très sensibles au pouvoir de négociation des managers hospitaliers.

Dans les années quatre-vingt-dix, les établissements ont dû faire face à de fortes compressions budgétaires pour que le gouvernement atteigne son objectif de « déficit 0 » et ont eux-même enregistré de gros déficits. Depuis le début, les déficits sont systématiquement épongés par le MSSS *a posteriori*.

Quelques tentatives ont été tentées pour lier les budgets hospitaliers à la performance, sans qu'aucune ne soit concluante. En 1996, un objectif d'équité régionale est introduit sous la forme de « consommations attendues égales pour des populations équivalentes ». Les résultats de ces travaux n'ont pas réellement été utilisés mais ils marquent le début de l'utilisation des DRG par le MSSS (Lemay, 2002). Chaque régie a continué d'appliquer le budget global en « individualisant » les ajustements à la marge.

Après les restrictions imposées dans les années quatre-vingt-dix, le gouvernement prévoit d'importants investissements en 2000-2001. Mais pour s'assurer que le secteur de la santé respectera ses engagements budgétaires, le Québec fait voter une loi en 2000 contraignant les hôpitaux à l'équilibre budgétaire. En cas de non-respect de cette loi, les hôpitaux peuvent être sanctionnés et éventuellement mis sous tutelle. Cette mesure s'accompagne d'une réforme du financement des hôpitaux pour le rendre plus incitatif.

En juin 2000, la Ministre de la santé confie à Denis Bédard la mission de proposer un nouveau mode d'allocation des ressources aux établissements, permettant de lier le budget accordé d'une part au volume et à la lourdeur des cas traités et d'autre part à leur performance relative. Un comité directeur est créé en juin 2001 autour de D. Bédard, comprenant des représentants du MSSS, des hôpitaux, de l'Association des hôpitaux québécois (AHQ) et des régies régionales.

Le Comité propose de calculer le budget d'un établissement à partir de deux paramètres : "le volume de soins pertinent" (supposé égal dans les faits au volume d'activité de l'année précédente), et le "coût unitaire efficient".

Selon la méthodologie préconisée, ce coût « attendu » par cas est calculé pour chaque hôpital à l'aide de deux modèles économétriques : un modèle applicable aux hospitalisations en santé physique et à la chirurgie ambulatoire (représentant en moyenne 51 % de l'activité des hôpitaux) et un modèle spécifique à l'activité d'urgence (8 % des dépenses). Dans ce dernier modèle, deux variables sont introduites pour expliquer les différences de coûts unitaires entre les établissements : un indice de complexité des cas associé à chaque AP-DRG³⁹ et un facteur d'intensité de l'activité médicale. Pour le premier modèle s'ajoutent à ces deux variables, deux autres facteurs susceptibles d'accroître les coûts unitaires : l'éloignement de l'hôpital par rapport à un grand centre et le pourcentage de cas de néonatalogie tertiaire sur le total des cas traités.

La performance d'un établissement est alors évaluée par la différence entre le coût attendu et le coût réel.

Le nouveau mode de paiement a été expérimenté dès l'exercice budgétaire de 2000-2001. Les petits établissements ne faisaient pas partie de l'estimation tandis que les hôpitaux pédiatriques et les CHU ont été exemptés de l'application du mode de paiement. L'impact de ce mode de paiement a été plus sensible que prévu, amputant de 2,1 % les dépenses de l'ensemble des établissements visés mais de près de 10 % le budget de certains établissements.

³⁹ La classification des séjours utilisées par le Québec est celle des AP-DRG (All patient diagnoses related groups).

L'AHQ propose des voies d'amélioration du modèle, comme par exemple la prise en compte d'indicateurs de qualité dans l'évaluation de la performance, la prise en compte des activités de recherche... L'AHQ note également une lacune concernant le financement des immobilisations qui n'est pas prévu dans ce modèle. Les aspects positifs de ce mode d'allocation sont soulignés : une saine transparence de la méthode d'allocation et une incitation à produire une meilleure gestion et une meilleure information pour les établissements (Lemay, 2001).

3.3.4 Espagne

Les hôpitaux en dehors du système national (SNS : *Sistema nacional de salud*) ont la possibilité de signer des contrats d'agrément avec le SNS dans le but de fournir certaines prestations qui ne le seraient pas sinon (il s'agit notamment d'un moyen utilisé pour réduire les listes d'attente). Il y a deux modalités de contrat :

- les contrats ordinaires sont conclus dans le cas où la fourniture de soins par le SNS est insuffisante. Le paiement est alors journalier ou par service et plus rarement à la pathologie. L'accord définit un nombre maximum de jours d'hospitalisation remboursés par diagnostic.
- les contrats spéciaux sont conclus pour remplacer des services habituellement fournis par les établissements publics. L'hôpital s'intègre alors comme un élément (externe) du réseau de l'hôpital du SNS et est financé selon les mêmes modalités.

Depuis 1993 une nouvelle modalité de paiement au sein du SNS se développe au sein des « contrats programmes ». Il s'agit d'accords financiers incorporant des cibles en termes d'activité. L'objectif est de pondérer le paiement à l'activité de manière différente selon les unités de soins (*UBA : Unidad Basica Asistencial*). L'UBA est une unité de valeur relative : une hospitalisation médicale vaut 1 UBA, une première visite externe 0,25, une hospitalisation en chirurgie 1,5... Les tarifs de l'UBA, comme ceux que des services hors UBA (dialyses, transplantations...), sont négociés au cas par cas. La limite principale des contrats programme tient dans le fait qu'il n'y a pas de véritable contrat puisqu'il n'y a pas de séparation véritable entre acheteur et prestataires, mais des relations hiérarchiques.

L'introduction des UBA a poussé à l'introduction d'un nouveau système d'information hospitalière le *Conjunto Minimo Basicos Datos*, qui s'applique à tous les hôpitaux espagnols. Le paiement par DRG n'est pour autant pas très développé, hormis des expérimentations en Catalogne, Andalousie et Pays basque.

3.3.5 Royaume-Uni

Les contrats conclus entre les PCT et les trusts hospitaliers reposent sur trois types de paiement :

- Les contrats forfaitaires dits *block contract* déterminent une enveloppe globale pour la population résidente et pour un large ensemble de services. La justification de ces contrats tient dans le fait que l'information disponible ne permet pas de mettre en place des modes de paiement plus pertinents. Ils représentaient 65 % des contrats conclus par les HAs pour la fourniture de soins aigus en 1995.
- Les accords prix-volume (*cost and volume*) reposent sur des négociations de prix unitaires et de volumes à produire, exprimés en nombre d'actes ou de cas traités. Lorsque les volumes négociés sont dépassés, l'activité « excédentaire » est souvent rémunérée sous la forme de paiements par cas. Ce type d'accord était présent dans 25 % des contrats en 1995.
- Le paiement à la pathologie (*cost per case*) est resté très minoritaire (5 % des contrats en 1995), pour les raisons développées dans les lignes qui suivent. Il a surtout été utilisé comme mode de paiement résiduel dans les autres types de contrat.

Les groupes de pathologies de type DRG (*diagnostic related groups*) sont apparus au début des années quatre-vingt au RU dans la recherche académique et sont devenus une composante permanente des systèmes d'information du NHS à la fin des années quatre-vingt-dix (Street et Dawson, 2001). Le RU a développé sa propre version : les HRG (Health care resource groups). Initialement développés pour le financement des établissements, ils sont en fait utilisés pour évaluer la complexité de l'activité des établissements et à des fins de *benchmarking*.

Pourtant, depuis que les données nécessaires à la construction des HRG sont collectées systématiquement (1984), deux événements ont porté l'espoir d'une utilisation plus grande de ces HRG :

- la réforme introduite en 1986 sous le nom de Resource Management Initiative (RMI) prévoyait d'impliquer les médecins dans la décision médicale et de mieux relever l'activité et les coûts pour chaque patient. L'incitation n'a pas fonctionné.
- l'introduction de mécanismes de marché en 1989 aurait pu conduire à l'utilisation des HRG par les contractants (HA et hôpitaux). Ceux-ci leur ont souvent préféré les contrats globaux dont les termes étaient assez vagues parce que les conditions de monopole bilatéral ne faisaient d'aucun d'entre eux un *price-taker*. Par contraste, lorsque *les fundholders* négociaient avec les hôpitaux, ils le faisaient sur la base d'une information précise sur les services de diagnostics et de traitements utilisés, plus détaillée que l'information véhiculée par les HRG. Finalement, les prix par DRG étaient utilisés lorsqu'une HA avait à effectuer un paiement à un hôpital avec lequel elle n'avait pas contracté.

Le NHS avait tenté de rendre obligatoire la collecte des informations par les *Regional Offices* mais de nombreux hôpitaux n'avaient pas répondu à cette obligation. Seules deux régions avaient réalisé une collecte permettant de rendre disponible l'information pour les hôpitaux et pour les HAs.

En 1997, le gouvernement travailliste a annoncé son intention de développer une échelle nationale des coûts hospitaliers. Depuis, les coûts par HRG ont été publiés pour tous les établissements anglais (*reference costs*). Ces coûts de références sont utilisés à des fins de *benchmarking* pour donner des références au PCG/T. Toutefois, la collecte des informations reste problématique du fait du faible développement de la comptabilité analytique dans les hôpitaux.

Apparemment, les hôpitaux anglais n'ont pas eu tendance à manipuler le codage des séjours pour obtenir des financements plus importants (*DRG Creep*). En revanche, il semble que la qualité des informations ait baissé quand le RU est passé des *fundholders* (très attentifs) aux PCG/T.

3.3.6 Suède

Les mouvements de délégation des années quatre-vingt ont abouti à une multiplicité des types d'acheteurs et des types de contrats conclus avec les prestataires de soins. Il est donc très difficile de donner une image du mode de paiement des établissements en Suède. Les experts nationaux amenés à décrire l'allocation de ressources aux établissements adoptent donc deux stratégies : rester à un niveau extrême de généralités ou donner des exemples de contrats.

Dans la fin des années quatre-vingt et bien que les coûts aient été globalement maîtrisés, des paiements par cas ont été introduits dans le but d'améliorer la productivité. Ces paiements sont souvent fondés sur la version nordique de la classification en groupes homogènes de séjours (NordDRG), mais certains comités ont adopté d'autres classifications.

A ce jour, la plupart des contrats (mais pas tous) prévoient des paiements par cas (pour tout ou partie de l'activité de l'établissement), assortis de plafonnement de l'activité et d'exigences de qualité, éventuellement complétés par des paiements au prix de journée (Mikkola, Keskimäki et Häkkinin, 2002).

Les premiers DRG ont été introduits dans le comté de Stockholm en 1992 au moment de la mise en place du marché interne. Les premières évaluations du modèle de Stockholm concluaient à une augmentation de 20 % de la productivité dans les hôpitaux pour les deux premières années, une diminution de la durée de séjour, la quasi-disparition des listes d'attente... Aujourd'hui, il semble que ces effets aient été temporaires, que la productivité des hôpitaux en 1997 soit retombée à son niveau de 1991 et que les listes d'attente soient réapparues. Les experts font également remarquer que les gains de productivité ont été observés dans des comtés n'ayant pas du tout utilisé les paiements par DRG (Comté de Jönköping), relativisant ainsi les effets purs de ce mode de paiement par rapport aux effets des autres composantes des réformes.

Notons au passage que dans le modèle traditionnel d'allocation des ressources, les budgets globaux sont accordés à chaque département de l'hôpital.

4 STATUTS DES ETABLISSEMENTS ET DES PERSONNELS

Les changements radicaux de statuts des établissements n'ont été que rarement observés, à l'exception du cas du Royaume-Uni. Le secteur privé lucratif reste très minoritaire dans la fourniture de soins aigus mais de manière générale, on observe une tendance à la privatisation de la fourniture des soins de long terme.

Côté personnel, les rares modifications des conditions de travail et de rémunération ont plutôt affecté les médecins que les autres catégories de personnel.

4.1 Statuts des établissements

Aux **Pays-Bas**, les soins hospitaliers sont essentiellement délivrés par des établissements privés à but non lucratif (80 % des établissements), les autres étant des établissements publics (essentiellement CHU).

Les hôpitaux à but lucratif ont été interdits par la Loi sur les équipements hospitaliers de 1971 et les lois sur l'assurance maladie publique et sur les dépenses médicales exceptionnelles interdisent le remboursement de soins à des établissements à but lucratif.

En **Suède**, les soins sont généralement offerts par le secteur public, même si le privé est plus présent dans les soins aux personnes âgées financés par les municipalités.

Dans les années quatre-vingt-dix, certains comtés ont privatisé le maximum de services auxiliaires des hôpitaux (Stockholm par exemple). L'activité des établissements (mais pas les murs) a été vendue à une firme d'investissement suédoise. Plusieurs établissements d'hospitalisation spécialisés, par exemple en cardiologie, fournissaient des traitements sur une base contractuelle pour les patients qui relevaient du public. En 1998, 3 % des dépenses étaient attribuables aux soins privés.

Il y a actuellement un débat sur l'opportunité d'interdire l'intervention du secteur privé lucratif dans les soins hospitaliers.

En **Espagne**, la grande majorité de la production de soins hospitaliers est le fait d'hôpitaux gérés par le public au sein desquels le personnel est salarié par le SNS, en fonction de l'avancement du processus de décentralisation.

Les lits sont essentiellement publics (64 % public et 5 % armée), mais aussi privés sans but lucratif (16%), mutualistes (1%) et privés à but lucratif (14%). Mais en fait, par le biais de contractualisation entre le SNS et les établissements privés, environ 80 % des lits sont pris en charge par un financement public.

De nouveaux statuts pour les hôpitaux ont vu le jour depuis 1998 par amendement et contre l'avis des socialistes. Il s'agit de fondations, fondations publiques, consortiums, trusts, entreprises publiques... Le processus est pragmatique en ce sens que le passage à ces nouveaux statuts est automatique pour les nouveaux établissements et conditionné à l'accord du personnel pour les établissements existants. L'objectif est d'accroître la capacité d'autogestion des établissements, notamment dans la gestion du personnel.

Les principales expérimentations se sont effectuées en Catalogne, au Pays basque et dans la région de Valence. En 1999, on recense 46 centre de santé sous ce nouveau type de statut et 2 hôpitaux nouvellement construits.

Au **Royaume-Uni**, avec les réformes de 1991, les hôpitaux deviennent des trusts indépendants. Il s'agit d'organisations non lucratives, autonomes budgétairement (par rapport aux HAs), et responsables de la délivrance des soins. Les trusts contractent avec les acheteurs pour la production de soins et ont certaines marges de manœuvre quant à la rémunération du personnel, les substitutions de compétences, et la délivrance du soin. Pour autant, les trusts restent propriété du secteur public, doivent se conformer aux directives des autorités du NHS concernant les prix et les investissements, et ne peuvent conserver ou réinvestir leurs surplus (ponction des réserves éventuelles afin d'éviter les abus de position dominante).

On recense environ 230 établissements privés (médical et chirurgical) qui se répartissent au sein de 5 chaînes principales (BMI Health Care, BUPA Health Services...). 65 % des lits relèvent de compagnies privées et 34 % de groupes de charité et religieux. La principale tendance est le développement de réseaux de soins.

Au **Québec** coexistent trois types d'établissements : les établissements publics, les établissements privés à but partiellement lucratif et les établissements à but totalement lucratif qui sont non conventionnés (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001).

Au début des années quatre-vingt-dix, près de la moitié des établissements privés⁴⁰ étaient non conventionnés (48% en 1992), mais la proportion a tendance à diminuer (40 % en 2000).

Le secteur privé intervient essentiellement dans les soins de longue durée : 20% des lits de soins de longue durée sont privés et ces lits représentent 90% de l'offre de lits privés. Pourtant, dans la mission « Soins de longue durée » ce sont les lits non conventionnés qui ont diminué le plus (Ministère de la santé et des services sociaux, 2001).

En **Allemagne**, sur les 2030 hôpitaux généraux (en 1998), 790 sont publics, 820 privés non lucratifs et 420 privés lucratifs. En termes de lits, 55 % de l'offre est publique, 38 % privée non lucrative et 7 % privée lucrative (Health system in transition : Allemagne, WHO Regional Office, 2000).

En 1994, les lits de soins généraux et psychiatriques se répartissaient dans les CHU (8,3 % des lits), dans des hôpitaux inclus dans les plans de l'Etat (87,5 %), dans des établissements contractant avec les caisses (1,5 %) et dans des établissements sans contrat, c'est-à-dire réservés aux assurés privés (2,7 %). Pour 95 % des lits, les dépenses d'investissement sont donc couvertes par l'Etat.

Dans le secteur des soins de rééducation, l'offre est essentiellement privée : 15 % des lits sont publics, 16 % privés non lucratifs et 69 % privés lucratifs. En Allemagne, les institutions dispensant ces soins ne sont pas appelés hôpitaux.

4.2 Statuts et mode de rémunération des personnels

Les statuts des personnels hospitaliers et leurs conditions de travail sont en général définis au niveau national. Les médecins exerçant à l'hôpital sont en général salariés en Allemagne, en Espagne, au Royaume-Uni et en Suède, alors qu'ils restent indépendants et rémunérés à l'acte aux Pays-Bas et au Québec.

4.2.1 Allemagne

Les médecins sont en général salariés mais facturent à l'acte les services rendus aux patients privés. Les honoraires correspondants sont collectés par le chef de service qui les redistribue à un pool de

⁴⁰ Ces statistiques concernent l'ensemble des établissements et pas seulement ceux qui dispensent des soins hospitaliers aigus.

médecins sur une base volontaire ou facultative, selon les règles de l'hôpital et du Land. Les médecins doivent également payer l'hôpital pour l'utilisation des équipements pour les patients privés, selon des règles établies entre les médecins et les hôpitaux. La loi de 1995 prévoyait que 40 % des honoraires (ramenés à 20 % dans certains cas) soient versés aux hôpitaux à ce titre (Leidl, 1995).

Les autres catégories de personnel des hôpitaux sont salariées.

4.2.2 Pays-Bas

Les spécialistes exerçant à l'hôpital sont pour la plupart libéraux et rémunérés à l'acte. Certains d'entre eux ont également une activité en ville (ophtalmologues, psychiatres, chirurgiens plastiques et orthopédiques). Quelques médecins sont salariés des universités (CHU) ou des municipalités. Lorsque le médecin est payé à l'acte, il verse à l'hôpital une redevance pour les équipements utilisés.

Les tarifs des actes sont négociés entre représentants des médecins, des caisses publiques et privées et doivent être approuvés par le Collège des tarifs de soins (CTG). Au début des années quatre-vingt dix, l'augmentation du coût des soins de spécialistes était préoccupante car très rapide. Depuis 1995, des enveloppes globales ont été instaurées pour l'ensemble des honoraires médicaux (en ville et à l'hôpital) et en cas de dépassements, les tarifs de l'année suivante peuvent être ajustés à la baisse.

Alors que les salaires des médecins employés ont toujours été inclus dans les budgets des établissements, la rémunération des spécialistes libéraux n'a été intégrée à ces budgets qu'en 1995. A partir de cette date, un budget global pour les honoraires de spécialistes est défini pour chaque hôpital. Des négociations entre les gestionnaires hospitaliers et les différentes spécialités déterminent alors un budget par spécialité à partir des volumes de services prévus.

4.2.3 Espagne

Les médecins et les autres professionnels de santé sont des salariés, qu'ils travaillent dans les soins primaires ou hospitaliers.

Les médecins exerçant à l'hôpital ont globalement le statut de fonctionnaire (« *civil servant* ») et sont salariés (tous les spécialistes et 75 % des généralistes). Les salaires de base sont définis par l'état central mais les CAs ont la possibilité de faire varier certains éléments de la rémunération. Il y a d'importantes variations entre les CAs, tant dans les types (primes) que dans les montants des salaires. Le mode de rémunération des médecins hospitaliers ne satisfait personne bien que des expérimentations de rémunérations incitatives (à la marge) se soient révélées peu concluantes. Les grèves de 1995 se sont traduites par des augmentations de salaire de 10 % et la perspective de rémunérations complémentaires, dont la seule qui soit vraiment en place est celle qui incite les médecins à travailler plus pour réduire les files d'attente (cf. infra).

4.2.4 Royaume-Uni

Les médecins hospitaliers et les infirmières (comme les autres professionnels de santé) sont salariés.

En compensation de ce qui a été vécu par les médecins comme une perte d'autonomie et de revenus à la création du NHS, les hôpitaux sont habilités à dispenser des primes annuelles (*merit award* par *peer review process*) et l'exercice privé au sein de l'hôpital est autorisé pour les consultants (*senior specialists*), soit environ 17 000 médecins.

L'exercice privé à l'hôpital consiste en l'utilisation de lits publics à temps partiel par les spécialistes à titre privé, pour des services non couverts par le NHS et dans la limite de 10 % de leur revenu. Si l'exercice privé à l'hôpital est considéré comme une soupape permettant de sous-payer les spécialistes,

il pose néanmoins des problèmes d'équité, d'incitation (favorise l'allongement des listes d'attente...) et de qualité. Les tentatives de remise en cause de cet acquis – introduction de clauses d'exclusivité - ont toujours échoué.

La faiblesse de la rémunération des infirmières et son caractère peu évolutif sont évoqués comme raison principale du manque chronique d'infirmières dans le NHS.

Enfin, notons au passage que le nouveau statut des établissements hospitaliers n'a pas engendré de modification dans le mode de rémunération des médecins et des professionnels de santé. Il est toujours déterminé par le NHS sur recommandation du *Review Body on Doctors and Dentists Remuneration* et de ses équivalents pour les autres professionnels de santé.

4.2.5 Québec

Au Québec, les médecins sont rémunérés à l'acte, avec une petite partie forfaitisée pour leur activité non clinique. Ils sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et ces dépenses ne sont pas comprises dans les budgets hospitaliers. Les négociations collectives des médecins ne relèvent pas du Code du travail mais de la Loi sur l'assurance hospitalisation et de la Loi sur l'assurance maladie. Elles se concrétisent par la signature d'ententes entre le MSSS et les organismes représentatifs des médecins.

Les conventions collectives des gestionnaires hospitaliers sont négociées entre le MSSS et l'AHQ, sans intervention des représentants du personnel.

Les conditions de travail des autres personnels hospitaliers sont définies par des conventions collectives négociées au niveau central.

La sécurité de l'emploi est garantie à tous les employés permanents ayant plus de deux ans d'ancienneté. En cas de mise à pied ou d'attente de poste, ceux-ci sont inscrits au service de placement des affaires sociales et ont droit au maintien du salaire et des avantages sociaux. Les permanents ayant moins de deux ans d'ancienneté bénéficient d'une "priorité d'emploi". En 1994, Boivin notait que la tendance était à la précarisation des emplois : 25 à 30 % des personnels du réseau étaient des occasionnels et le temps partiel se multipliait. D'après lui, en dehors des inconvénients habituels pour les salariés, ces tendances avaient de surcroît des effets néfastes sur la qualité des soins du fait du non-accès de fait des personnels occasionnels et/ou à temps partiel aux programmes de formation continue.

On peut noter au passage que depuis 1985, une loi impose un service minimum en cas de grève, dont le non-respect est sévèrement sanctionné depuis 1986 (perte de deux jours de salaire et d'un an d'ancienneté par jour de grève pour les salariés et sanctions financières pour les syndicats).

4.2.6 Suède

Tout le personnel, y compris médical, est employé du Conseil général et salarié. Les médecins négocient leurs salaires avec leur employeur, il existe des différences entre régions et entre spécialités.

5 DIAGNOSTIC SUR L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE ET DE LA DEPENSE DANS LES PAYS ETUDIES

Les réformes des systèmes de santé ont toutes eu pour objectif de maîtriser les dépenses. Pour cela, les pays ont mis en œuvre des réformes tant du côté de la demande (copaiement, paniers de soins...) que de l'offre (diminution du nombre de lits...). Il n'est pas aisé de dresser un bilan de ces mesures.

La dépense en soins hospitaliers par habitant est beaucoup plus faible dans les systèmes nationaux que dans les systèmes d'assurance sociale (Cf. tableau 2 en annexe).

La part des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses de santé est comprise dans tous les pays entre 40% et 45% hormis en Allemagne où le taux est faible (34%) et aux Pays-Bas où le taux est élevé (52%).

En tendance, on distingue les groupes suivants :

- L'Espagne qui est toujours dans un processus de rattrapage et l'Allemagne qui a supporté les conséquences de la réunification, ont globalement moins bien maîtrisé l'évolution des dépenses que les autres pays ;
- Le Royaume-Uni et le Québec qui ont maîtrisé de façon drastique leur dépense hospitalière mais qui, à dire d'experts, sont allés trop loin dans cette démarche (cf. infra) ;
- La Suède qui a connu une profonde crise économique et qui a transféré une partie non négligeable de sa dépense aux municipalités en 1992.

5.1 Eléments sur l'activité et les performances des hôpitaux

Depuis le début des années quatre-vingt, les deux grandes tendances du monde hospitalier sont : le transfert de patients occupant des lits hospitaliers de long séjour vers des lits de *nursing homes* (environnement moins technique pour les patients dépendants ne nécessitant que des soins infirmiers et une aide pour les gestes quotidiens) et la désinstitutionnalisation des malades psychiatriques. A l'occasion, ces transferts ont également eu pour conséquence d'exclure du champ des comptes nationaux de la santé⁴¹ les dépenses correspondantes, infléchissant ainsi efficacement leur rythme de croissance.

Ces évolutions ont coïncidé avec la reconfiguration de l'offre de soins aigus, c'est-à-dire la diminution de ses capacités, dans des modalités différentes selon les pays (fermetures d'établissements, fermetures de lits, fusions d'établissement associées ou non à des restructurations...).

Au final, et bien que l'analyse de l'activité hospitalière ne soit pas simple, surtout en termes comparatifs, on peut dégager les tendances suivantes pour les soins aigus :

- Le nombre de lits est en diminution partout ;
- le taux de fréquentation hospitalière (nombre d'admissions rapporté à la population) a augmenté en Allemagne, en Espagne et au Royaume-Uni dans la décennie 1990, alors qu'il a diminué sur la même période au Canada, en France et en Suède.
- la durée moyenne de séjour, toujours en établissement de soins aigus, a diminué partout ;

⁴¹ Pour les affecter au secteur social.

- le nombre de journées d'hospitalisation par habitant a diminué partout ;
- les taux d'occupation des lits, qui sont compris entre 67 % aux Pays-Bas et près de 80 % (au Royaume-Uni et en Allemagne) ont eu tendance à baisser en Allemagne et aux Pays-Bas, alors qu'ils augmentaient en Espagne et en Suède.

Bien que la baisse de la durée de séjour et l'augmentation du taux d'occupation des lits soient habituellement considérés comme des gains d'efficacité, leur interprétation reste délicate. D'abord, il faut avoir en tête que la chirurgie ambulatoire (cf. infra), moyen reconnu de délivrer des soins moins coûteux, a pour effet paradoxal d'accroître la durée moyenne de séjour en excluant du calcul de cette moyenne les séjours les plus courts qui sont de fait les plus susceptibles d'être traités en ambulatoire.

Ensuite, tant que les données comparatives sur le "produit" des services hospitaliers ne seront pas plus élaborées, comment comparer l'activité d'établissements de pays différents ? En effet, les taux d'interventions pour certaines opérations sont très différents d'un pays à l'autre. Par exemple, d'après les données de l'OCDE pour 1999, le taux d'angioplastie coronarienne pour 100 000 personnes varie dans les pays étudiés de 20 pour l'Espagne à 86 pour l'Allemagne. De même, l'analyse des taux de sortie par grande catégorie diagnostique révèle que 588 personnes sur 100 000 ont effectué un séjour pour tumeur dans les hôpitaux espagnols alors qu'elles sont 1 638 en Allemagne. On comprend à ces deux exemples l'exercice périlleux que constitue l'analyse comparative des performances des systèmes hospitaliers à partir d'indicateurs aussi frustes que ceux dont nous disposons. Sans compter que pour juger de l'efficacité des systèmes, il faudrait avoir des données sur les résultats en santé attribuables aux hospitalisations.

Les tendances dans le développement de la chirurgie ambulatoire sont un bon aperçu de la volonté et de la capacité des systèmes de santé à développer des alternatives à l'hospitalisation. Les comparaisons internationales dans ce domaine ne sont pas légion. Nous nous référons ici à un travail de Lathouwer et Poullier (1999) comparant les taux de chirurgie ambulatoire⁴², pour 18 interventions (arthroscopie du genou, cataracte...), dans 15 pays dont le Québec, la France, les Pays-Bas, l'Espagne et le Royaume-Uni⁴³.

On distingue deux groupes de pays : ceux à fort taux de chirurgie ambulatoire comme le Québec (85 %), les Pays-Bas (67 %) et le Royaume-Uni (60 %)⁴⁴ ; ceux à faible taux de chirurgie ambulatoire comme l'Espagne (33 %) et la France (30 %).

En tendance (1995-1997), les taux d'évolution sont d'autant plus forts que les taux de chirurgie ambulatoire sont faibles au départ. Il n'y a pas de données d'évolution pour l'Espagne mais on sait par ailleurs que le nombre d'interventions en chirurgie ambulatoire a triplé depuis 1995 (European Observatory on health care systems, 2000).

Selon certains experts (Chenet *et al.*, 1997), si la chirurgie ambulatoire est amenée à croître, surtout dans les pays où elle est encore faiblement développée, son développement est par définition limité (au même titre que la diminution des lits) et conditionné à des innovations dans l'organisation des soins (centres de soins ambulatoires séparés de l'hôpital et réunissant toutes les compétences requises).

⁴² La chirurgie ambulatoire est définie comme toute intervention non urgente, dispensée à l'hôpital, dans une période n'excédant pas 12 heures (de l'admission à la sortie)

⁴³ L'Allemagne ne fait pas partie de l'étude et les seules données qui nous sont connues sont les suivantes : en 1999, environ 45 % des hôpitaux allemands offraient des services de chirurgie ambulatoire et 55 % des services de pré et post-hospitalisation.

⁴⁴ Aujourd'hui 65 % selon les autorités du NHS (Secretary of State for Health, 2002).

Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire ne s'accompagne pas nécessairement d'une baisse des admissions à l'hôpital, en particulier dans le cas où il existe des listes d'attente, et ne permet qu'une réduction des coûts globalement limitée aux frais d'hébergement (Hensher, Edwards et Stokes, 1999).

5.2 Diagnostics posés par les experts nationaux

Un certain nombre de problèmes est identifié par les experts et les gouvernements dans les pays étudiés. A l'exception de l'Allemagne, tous les pays étudiés connaissent des listes et des délais d'attente. Pour quelques uns, l'articulation entre soins de ville et soins hospitaliers est identifiée comme problématique.

Enfin, la pénurie de main d'œuvre infirmière, qui ne sera pas traitée ici, est un point commun à tous les pays étudiés, à l'exception de l'Espagne.

5.2.1 Allemagne : l'articulation problématique avec les soins ambulatoires

L'articulation entre soins ambulatoires et hospitaliers est le problème le plus souvent évoqué par les analystes nationaux⁴⁵. Il faut dire que le contexte est particulier.

Historiquement, les corporations de médecins avaient obtenu le monopole des soins ambulatoires. Les établissements hospitaliers devaient se limiter aux soins nécessitant une hospitalisation, alors que les médecins installés en ville avaient pour mission d'assurer l'ensemble des soins ambulatoires et pour obligation légale de répondre aux urgences mineures à une distance d'accès raisonnable pour les patients.

Pendant longtemps, les hôpitaux allemands se sont donc concentrés sur les soins avec hospitalisation, la création de services de soins ambulatoires n'étant autorisée que dans deux cas : pour les hôpitaux universitaires dans le cadre de leurs missions de recherche et d'enseignement, pour quelques hôpitaux palliant dans leur zone l'absence d'offre de soins spécialisés en ville. La loi de 1993 élargit les possibilités d'activité ambulatoire des hôpitaux à trois cas : l'évaluation pré-hospitalisation de la nécessité d'une intervention, les consultations post-opératoires et la chirurgie ambulatoire⁴⁶. Les hôpitaux ont obtenu également le droit de délivrer des soins ambulatoires très spécialisés comme la chimiothérapie.

Outre ce partage très restrictif des champs de compétences entre médecins de ville et établissements, les analystes dénoncent également le manque de cohérence dans la régulation des deux secteurs. A titre d'exemple : certains services non pris en charge dans le secteur ambulatoire le sont dans le secteur hospitalier (dispositifs médicaux) et pendant une longue période, l'installation d'équipements coûteux était soumise à autorisation du *Land* dans le cadre hospitalier alors qu'elle était totalement libre « en ville ».

Les listes d'attente ne semblent pas être un objet de préoccupation en Allemagne.

⁴⁵ En dehors de la réunification, dont les effets, très importants dans la décennie quatre-vingt-dix, commencent à s'estomper.

⁴⁶ La chirurgie ambulatoire a une base légale depuis 1993, mais existait avant. De nouveaux actes avaient été ajoutés dès 1980 à la nomenclature pour couvrir les coûts en matériel et en anesthésie de ce type d'interventions.

5.2.2 Espagne : articulation avec l'ambulatoire et listes d'attente

L'Espagne est confrontée à deux problèmes majeurs et imbriqués : l'articulation entre les soins ambulatoires et hospitaliers et l'existence de listes et de délais d'attentes. Cela explique probablement le recours excessif à l'urgence comme porte d'entrée à l'hôpital (60 % des admissions se font par le biais des urgences) et le nombre croissant de patients qui contractent une assurance privée.

L'obligation d'adressage formel pour passer d'un niveau de soins à l'autre génère des problèmes de d'articulation et de duplication d'épisodes et de diagnostics. Certains auteurs estiment ainsi qu'entre 15 et 20 % des admissions seraient non justifiées d'un point de vue thérapeutique.

Il n'y a pas de publication officielle, régulière, et homogène (entre CAs) des listes et délais d'attente. En 1996, au sein de INSALUD, on recensait 53 828 patients sur les listes d'attente de plus de 6 mois, et le délai moyen d'attente était de 207 jours.

En 1996, l'INSALUD décide de payer les médecins hospitaliers pour les heures supplémentaires dédiées à la diminution des listes. Le résultat est immédiat puisque l'on assiste à une baisse de 70 % des délais attentes (abaissés à 60 jours en moyenne en 1999) et de 99 % des listes d'attente de plus de 6 mois (510). En complément, une nouvelle mesure est adoptée en 2000 : le délai maximum pour une opération chirurgicale est fixé à 180 jours, au-delà desquels le patient peut choisir de se faire soigner dans le secteur privé aux frais du SNS.

Au final en juin 2001, le délai d'attente moyen est de 62 jours. Les objectifs cibles du gouvernement en 2001 sont de 55 jours d'attente pour la chirurgie et de 15 pour les services diagnostics et les consultations externes.

5.2.3 Pays-Bas: listes d'attente

Dans la seconde moitié des années quatre-vingt dix, les Pays-Bas reconnaissent qu'ils ont un problème avec les listes et les délais d'attente. Des mesures sont prises en 1997 et une rallonge budgétaire est allouée à la réduction des listes d'attente (7 millions d'euros). Depuis 1998, un comité a été constitué avec pour mandat de proposer des méthodes pour améliorer la production et la diffusion de l'information par les assureurs et de mettre en place des garanties de traitement dans des délais respectables.

En mars 2000, environ 150 000 patients étaient inscrits sur des listes d'attente, ils étaient 185 000 en octobre 2001. Les spécialités plus particulièrement concernées par ces listes sont l'orthopédie, la chirurgie générale, l'ophtalmologie et la chirurgie plastique.

5.2.4 Suède : listes d'attente

Au début des années quatre-vingt dix les listes d'attente étaient très importantes : 61 000 patients, notamment pour certaines interventions (prothèse de hanche, cataracte, hernie) (Hanning et Spangberg, 1996).

En 1992, le gouvernement a mis en place un système garantissant l'accès aux soins hospitaliers dans des délais admissibles, appuyé sur une rallonge budgétaire extraordinaire de 500 millions de SEK aux conseils de comté. Selon ce système, un patient doit être pris en charge dans les trois mois. Au-delà de ce délai, il est inscrit sur les listes d'attente et peut être pris en charge par n'importe quel autre hôpital (privé ou public) qu'il soit du comté ou non. Bien que les listes aient diminué de 21% dans l'année suivante, la réforme n'a pas eu tous les effets escomptés. Les listes sont reparties à la hausse pour revenir à leur niveau de 1992 en 1996.

En 1997, une nouvelle garantie de traitement médical est instaurée pour pallier le manque d'accessibilité aux soins primaires et spécialisés. Lorsque l'adressage à un spécialiste est nécessaire, un rendez-vous doit être offert au patient dans les 3 mois, voire dans le mois si le diagnostic est incertain. Si ces délais ne peuvent pas être respectés, les soins doivent être offerts dans un autre comté. Dans la pratique cette liberté existait déjà ; il s'agissait avant tout de fixer des délais aux professionnels.

5.2.5 Royaume-Uni : sous-investissement et listes d'attente

Le Royaume-Uni a connu un vaste processus de concentration et de reconfiguration de l'offre hospitalière, parallèle à un redéploiement des ressources hospitalières sur les soins primaires. Ce processus semble pour l'instant ne pas avoir eu de résultats tangibles en termes de gains d'efficacité⁴⁷. Il est même avancé que ce mouvement brutal s'est opéré sans idée précise sur la taille optimale d'un établissement. En fait, même s'il est délicat de dénombrer le nombre d'hôpitaux depuis l'introduction du statut de trust en 1991 (un trust correspond souvent à plusieurs sites distincts), il semble que 40 % des hôpitaux britanniques comptent plus de 400 lits, alors que la taille optimale des hôpitaux se situe entre 200 et 400 lits (Posnett, 1999).

Il y a consensus pour dire que l'on est allé trop loin en terme de réduction des capacités hospitalières et de sous investissements dans le NHS. Avec 4,5 lits pour 1 000 habitants, le Royaume-Uni est très en dessous de la moyenne européenne (7,3). La réduction des capacités est en outre favorisée par les incitations s'adressant aux trusts (droit de garder les excédents) qui n'ont pas intérêt à maintenir des sur-capacités.

La partie visible de ce sous investissement dans le NHS se perçoit bien dans le pourcentage important de patients qui sont inscrits sur les listes d'attentes. A l'hôpital, 27 % des patients attendent plus 6 mois pour une admission (aucune évolution depuis 1999). Signalons tout de même que cela ne concerne pas les admissions en urgence, ni les adressages dont on peut penser qu'ils ont un caractère d'urgence. Ainsi le délai d'attente de placement dans un lit n'excède 4 heures que pour 13 % des patients admis depuis un service d'urgence. De même, à titre d'exemple, 96 % des patients adressés à l'hôpital par un généraliste pour suspicion de cancer du sein obtiennent une consultation à l'hôpital dans les deux semaines.

Fin février 2002, le gouvernement travailliste a annoncé que les taxes allaient augmenter pour financer les investissements au sein du NHS et rattraper ainsi la moyenne européenne (Kmietowicz, 2002)⁴⁸. Le nouveau plan de financement devrait être confirmé à l'annonce du budget en avril.

5.2.6 Québec : déficits chroniques, sous investissement et listes d'attente

Au Québec, de fortes compressions budgétaires ont été imposées dans le réseau des services de santé dans le milieu des années quatre-vingt dix, provoquant un endettement important des établissements. Le MSSS a reconnu la nécessité d'investir à nouveau de manière importante dans le système en 2001-2002.

Les québécois sont pour l'heure confrontés à des listes d'attente et l'engorgement des urgences est un problème crucial⁴⁹. Plusieurs rallonges budgétaires ont été accordées pour tenter de le résoudre.

⁴⁷ (Chenet *et al.*, 1997; Kerleau, 2000) (Chenet *et al.*, 1997; European Observatory on health care systems, 2000; Hensher, Edwards et Stokes, 1999; Posnett, 1999; Propper et Soderlund, 1998).

⁴⁸ Cela devrait correspondre à une augmentation de 1% à 3% de la *National Insurance Contributions* aujourd'hui à 10 %.

Par ailleurs, le rapport intermédiaire de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) n'hésite pas à parler de sous-équipement et de manque d'accessibilité de la population canadienne aux avancées thérapeutiques.

⁴⁹ Pour certains établissements le nombre de personnes en attente « sur civière » dans les services d'urgence sont publiées quotidiennement sur Internet.

6 ANNEXES

Tableau 1 : Niveau et évolution de l'offre de soins

| Niveau et évolution de l'offre | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|------------------|--------------------|-------------------|------------------|-------|
| Année 1999 ou antérieures | | | | | | | |
| | Allemagne | Québec | Espagne | France | Pays-Bas | R.U. | Suède |
| Densité de lits selon le type de soins (p 1000 hab.) | | | | | | | |
| Soins aigus* | 6,4 | | 3,2 ^ñ | 4,3 ^ĩ | 3,6 | 2,4 ^ĩ | 2,5 |
| Soins de psychiatrie** | 1,3 | | 0,5 ^ñ | 1,2 ^ĩ | 1,5 | 1,0 ^ĩ | 0,7 |
| Maisons médicalisées*** | 6,5 | | 0,8 ^ñ | 1,4 ^ĩ | 3,6 | 4,2 | 0,4 |
| Evolution de la densité de lits entre 1980 et 1995 (en %) | | | | | | | |
| Soins aigus* | -10% | | -11% | -26% | -27% | -31% | -41% |
| Soins de psychiatrie** | -35% | | -45% | -46% | -6% | -48% | -72% |
| Maisons médicalisées*** | 118% | | -27% | 100% | 9% | 61% | -89% |
| Densité pour quelques appareil (p. million d'hab.) | | | | | | | |
| Scanners CT - /million d'habitants | 17,1 ^ç | 7,3 ^ĩ | 11,6 | 9,7 ^ç | | 6,1 | |
| Appareils IRM - /million d'habitants | 6,2 ^ç | 2,5 ^ĩ | 4,6 | 2,5 ^ç | | 4,5 | |
| Lithotripteurs - /million d'habitants | 1,7 ^ç | 0,5 ^ç | 1,8 | 0,8 ^ç | | | |
| Stations d'hémodialyse - /million d'habitants | | 68,5 ^ĩ | | 169,7 ^ç | 52,0 ^ç | | |
| * Espagne progression entre 1984 et 1995 | | | | | | | |
| ** Pays-Bas : services de psy des hôpitaux généraux non inclus | | | | | | | |
| *** Espagne : lits des hôpitaux de court séjour non inclus, chiffre à multiplier par trois | | | | | | | |
| France : hors sections de cure des maisons de retraite | | | | | | | |
| Pays-Bas : établissements de long séjour seulement | | | | | | | |
| RU : Calcul sur la période 1988-1995 | | | | | | | |
| Suède : lits administrés par les administrés par les Conseils de Comté. Depuis la réforme Ädel de 1992, le champ est différent et ne contie | | | | | | | |

Sources : Eco-santé OCDE 2001, MSSS (Québec) et estimations

Tableau 2 : Dépenses en soins hospitaliers

| | A remplacer par Québec | | | | | | |
|--|------------------------|--------|---------|--------|----------|-------------|--------|
| 1999 | Allemagne | Canada | Espagne | France | Pays-Bas | Royaume-Uni | Suède |
| Dépenses totales de santé par personne en \$PPA | 2361 ĩ | 2463 | 1189 ĩ | 2115 | 2259 | 1569 | 1732 ĩ |
| Part des dépenses en soins hospitaliers dans les dépenses totales de santé (%) | 34,0 ĩ | 42,3 | 44,9 ĩ | 44,0 | 52,7 | 42,2 | 42,1 |
| Dépense totale en soins hospitaliers par personne en \$ PPA | 804 ĩ | 1041 | 503 ĩ | 930 | 1191 | | |
| Dépense publique en soins hospitaliers par personne en \$ PPA | 695 ĩ | 902 | 500 ĩ | 850 | 967 | 367 ĩ | 682** |
| Evolution de la dépense en soins hospitaliers à prix relatifs* | | | | | | HIT | WHO |
| Taux d'accroissement annuel moyen, en % | | | | | | | |
| 1980-85 | 2,9 | 5,0 | 2,2 | 3,8 | 0,6 | nd | |
| 1985-90 | 2,7 | 3,6 | 3,8 | 3,4 | 2,9 | | |
| 1990-95 | 7,3 | 0,4 | 3,0 | 3,1 | 3,2 | | |
| 1995-98 | 1,1 | 2,0 | | 0,6 | 4,2 | | |
| Evolution de la dépense publique en soins hospitaliers, à prix relatifs | | | | | | | |
| Taux d'accroissement annuel moyen, en % | | | | | | | |
| 1980-85 | 2,9 | 5,0 | 2,2 | -2,9 | 0,9 | -0,4 | -4,0 |
| 1985-90 | 2,8 | 3,6 | 7,4 | -7,9 | 1,7 | 2,0 | 0,4 |
| 1990-95 | 7,7 | 0,1 | 3,0 | 3,0 | 4,1 | 4,8 | -3,6 |
| 1995-98 | 0,7 | 2,3 | 2,1 | 0,6 | 3,5 | | |
| * déflatée par l'indice de prix du PIB | | | | | | | |
| ** 1995 | | | | | | | |
| Sources : Eco-santé OCDE 2001, HIT RU (2001), HIT Suède (2001) | | | | | | | |

7 BIBLIOGRAPHIE

Allen P., Croxson B., Roberts J. A. et al., 2002, The use of contracts in the management of infectious disease related risk in the NHS internal market, *Health Policy*, vol 59, n° 3, pp. 257-281.

Bédard D., 2002, *La budgétisation et la performance financière des centres hospitaliers*. Ministère de la santé et des services sociaux (éd.). Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Rapport du Comité sur la réévaluation du mode de budgétisation des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Busse R., 2001, *Health system in transition: Germany*. European observatory on health care system (éd.) European observatory on health care system.

Busse R., 2002, *International comparison of health systems : The Netherlands*. European Observatory on health care systems (éd.). London .

Busse R., Schwartz F. W., 1997, Financing reforms in the german hospital sector: From full cost cover principle to prospective case fees, *Medical Care*, vol 35, n° 10 (supplement), pp. OS40-OS49.

Cabiedes L., Guillén A. M., 1999, L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé des pays d'Europe du sud, *Revue Française des Affaires Sociales*, vol 53, n° 3-4, pp. 145-165.

Cabiedes L., Guillén A. M., 2001, Adopting and adapting managed competition: health care reform in Southern Europe, *Soc.Sci.Med.*, vol 52, n° 8, pp. 1205-1217.

Chenet L., McKee M., Otero A. et al., 1997, What happened to life expectancy in Spain in the 1980s?, *J.Epidemiol.Community Health*, vol 51, n° 5, pp. 510-514.

de Folter R. J., 1998, The services of medical specialists and hospitals. in : *Health and health care in the Netherlands*. A.J.P.Schrijvers, Liliane Droyan Kodner M. (éd.). Maarssen : Elsevier; De Tijdstroom, pp. 90-100.

Delaneau J., Autain F., Descours C., Huriet C., Le Breton H., Leclerc D., Printz G., 2000, *Le système de santé espagnol*. Sénat (éd.), 38 pages. Les rapports du Sénat, N° 247.

den Exter A., Hermans H., Dosljak M., 2002, *Health system in transition: The Netherlands*. European observatory on health care system (éd.) European observatory on health care system.

European Health Management Association, 2000, *L'impact des mécanismes de marché sur les systèmes de santé. Un bilan des expériences dans les 15 Etats membres de l'Union Européenne*. Paton C., Berman P. C., Busse R. et al. (éd.). Dublin : 80 pages.

European Observatory on health care systems, 2000, *Health Care Systems in Transition. Spain*. Rico A., Sabes R. W. W. (éd.). Copenhague : 135 pages. Health Care Systems in Transition.

Gaminde I., 1999, Priorities in healthcare: a perspective from Spain, *Health Policy*, vol 50, n° 1-2, pp. 55-70.

Hanning M., Spangberg U. W., 1996, Maximum waiting-time - a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times., *Health Policy*, vol 36, pp. 17-35.

Hensher M., Edwards N., Stokes R., 1999, International trends in the provision and utilisation of hospital care, *BMJ*, vol 319, n° 7213, pp. 845-848.

Kerleau M., 2000, Les processus de restructuration des systèmes hospitaliers : tendances générales et variations nationales (Etats-unis, Royaume-Uni, Québec), *Revue Française des Affaires Sociales*, vol 54, n° 3-4, pp. 59-78.

Kmietowicz Z., 2002, Blair warns of tax increases to pay for NHS, *BMJ*, vol 324, n° 7336, pp. 502.

Leidl R., 1995, Hospital financing in Germany. in : *Hospital financing in seven countries*. Wiley M. M., Laschober M. A., Gelband H. (éd.). Washington DC; U.S. Government Printing Office, pp. 75-93.

Lemay A., 2002, La détermination du budget global des hôpitaux avec les DRG : Description et enjeux de l'expérience québécoise. *La tarification à la pathologie : les leçons des expériences étrangères*, D.R.E.E.S. et IDEP-GREQAM, Paris : 7-8 juin 2001.

Maarse H., Mur-Veeman I., Fagim C. M., 1997, The reform of hospital care in the Netherlands, *Medical Care*, vol 35, n° 10 (supplement), pp. OS26-OS39.

Maarse J. A. M., 1995, Hospital financing in the Netherlands. in : *Hospital financing in seven countries*. Wiley M. M., Laschober M. A., Gelband H. (éd.). Washington DC; U.S. Government Printing Office, pp. 95-119.

Mikkola H., Keskinen I., Hakkinen U., 2002, DRG-related prices applied in a public health care system. Can Finland learn from Norway and Sweden ?, *Health Policy*.

Ministère de la santé et des services sociaux, 2001, *Le système de santé et de services sociaux du Québec : Une image chiffrée*. Ministère de la santé et des services sociaux (éd.). Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, 183 pages.

Oliver A. J., 2000, *risk adjusting health care resource allocations : Theory and practice in the United Kingdom, The Netherlands and Germany* Office of Health Economics, 67 pages.

Posnett J., 1999, Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care, *BMJ*, vol 319, n° 7216, pp. 1063-1065.

Propper C., Soderlund N., 1998, Competition in the NHS internal market: an overview of its effects on hospital prices and costs, *Health Econ.*, vol 7, n° 3, pp. 187-197.

Rico A., 1997, Décentralisation régionale et réforme de la santé en Espagne (1975-1995). in : *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud. Rencontre d'Oxford*. MIRE (éd.), pp. 217-251.

Rodriguez M., Scheffler R. M., Agnew J. D., 2000, An update on Spain's health care system: is it time for managed competition?, *Health Policy*, vol 51, n° 2, pp. 109-131.

Rovira J., 2002, Health Care System Reform in Spain. Université Paris Dauphine : CES, CREDES.

Scheerder R. L. J. M., 1998, The financing of the dutch health care system. in : *Health and health care in the Netherlands*. A.J.P.Schrijvers, Liliane Droyan Kodner M. (éd.). Maarssen : Elsevier; De Tijdstroom, pp. 163-170.

Secretary of State for Health N. H. I., 2002, *NHS Performance Indicators. National Figures : February 2002*. London: Stationery Office .

Turgeon J., Lemieux V., 1999, La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore ? in : *Le système de santé québécois : Un modèle en transformation*. Les presses de l'Université de Montréal (éd.). Montréal : pp. 173-194.

Wisbaum, W., Leon, S., Rico, A. (2002) *Purchasing Questionnaire*.