

PAIEMENT DES HÔPITAUX ET DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE DANS LES PAYS DE L'OCDE

Grégoire de Lagasnerie, Ankit Kumar,
Valérie Paris, Michael Mueller



Mars 2015

Paielement des Hôpitaux et Dégressivité Tarifaire dans les Pays de l'OCDE

PAIEMENT DES HÔPITAUX ET DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE DANS LES PAYS DE L'OCDE

REFERENCE : CONVENTION ENTRE L'ATIH ET L'OCDE SUR UNE ÉTUDE SUR LES PRATIQUES INTERNATIONALES DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE.

Auteurs: Grégoire de Lagasnerie, Ankit Kumar,
Valérie Paris, Michael Mueller

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Directeur de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

© OCDE 2015

La copie, le téléchargement ou l'impression du contenu OCDE pour une utilisation personnelle sont autorisés. Il est possible d'inclure des extraits de publications, de bases de données et de produits multimédia de l'OCDE dans des documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel pédagogique, sous réserve de faire mention de la source et du copyright. Toute demande en vue d'un usage public ou commercial ou concernant les droits de traduction devra être adressée à rights@oecd.org. Toute demande d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales devra être soumise au Copyright Clearance Center (CCC), info@copyright.com, ou au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), contact@cfcopies.com

TABLE DES MATIÈRES

PHASE 1 : ECONOMIES D'ECHELLE À L'HÔPITAL, UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE	6
Introduction.....	6
Approche comptable, identification de la part des coûts fixes dans la production des soins hospitaliers.....	7
Approche statique : les coûts fixes représentent dans certains cas la majeure partie des coûts d'une intervention à l'hôpital	7
Approche dynamique : la présence de charges semi-variables doit être prise en compte dans le calcul de la structure de coûts des hôpitaux	9
Revue de littérature des études économiques sur la présence d'économies d'échelle à l'hôpital	10
Modèle théorique et estimation économétrique	10
Données utilisées dans la cadre des études sur les économies d'échelle dans le secteur hospitalier	12
Résultats	14
Conclusion	15
Références.....	16
Annexe : Tableau récapitulatif des résultats des études publiées dans des revues à comité de lecture	18
PHASE 2 : PANORAMA DES MODES DE PAIEMENTS DES HÔPITAUX DANS LES PAYS DE L'OCDE	25
Introduction.....	25
Les caractéristiques principales du secteur hospitalier dans les pays de l'OCDE	26
Les dépenses de soins hospitaliers, en ralentissement, représentent en moyenne 29% des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE.....	26
Une offre hospitalière majoritairement publique dans les pays de l'OCDE	28
Caractéristiques principales de l'activité hospitalière dans les pays de l'OCDE.....	30
Les systèmes de paiement des hôpitaux dans les pays de l'OCDE	33
Un financement majoritairement public des dépenses hospitalières	33
Une tendance pour le paiement à l'activité dans les systèmes d'assurance maladie.....	36
Caractérisation des systèmes de paiement à l'activité.....	39
Les mécanismes de dégressivité tarifaire dans 6 pays de l'OCDE	44
Allemagne	44
Australie	45
Hongrie.....	47
Israël.....	47
État du Maryland (États-Unis)	49
République tchèque.....	50
Conclusion pour la préparation de la phase 3	52
Références.....	53
PHASE 3 : EXPÉRIENCES DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE DANS 4 PAYS DE L'OCDE	55
SYNTHÈSE.....	56
La dégressivité tarifaire en Allemagne	63

Le système de santé et hospitalier en Allemagne.....	63
Le paiement des hôpitaux en Allemagne	65
Le système de dégressivité tarifaire en Allemagne	70
Discussion	72
Références bibliographiques et sites internet.....	75
La dégressivité tarifaire dans le Maryland (États-Unis)	76
Données de base sur le système de santé dans l'état du Maryland et le système hospitalier	76
Le paiement des hôpitaux.....	79
La dégressivité tarifaire ou Variable Cost Factor (VCF)	83
Discussion	86
Références et sites internet sur le système de santé dans le Maryland.....	87
La dégressivité tarifaire en République tchèque.....	87
Données de base sur le système de santé tchèque et le système hospitalier	87
Le paiement des hôpitaux en République tchèque	90
Le système de dégressivité tarifaire	92
Le mécanisme de dégressivité tarifaire	93
Système d'information	96
Discussion	96
Références et sites internet sur le système de santé tchèque.....	97
La dégressivité tarifaire en Israël.....	98
Les systèmes de santé et hospitalier en Israël	98
Le paiement des hôpitaux en Israël.....	100
Le système de dégressivité tarifaire israélien.....	101
Le système de dégressivité tarifaire en 2014	102
Système d'information au sein des hôpitaux.....	104
Discussion	105
Références et sites internet sur le système de santé israélien.....	105

Tableaux

Tableau 1.1 : Les différentes interventions analysées dans le cadre du projet Health benefit basket Project.....	7
Tableau 1.2 : : Description des données utilisées dans le cadre de l'estimation d'économies d'échelle dans le secteur hospitalier	13
Tableau 1.3 : Élasticité des coûts au niveau d'activité dans les études identifiant des économies d'échelle à l'hôpital	14
Tableau 2.1 : Couverture santé de base dans les pays de l'OCDE (pour le salarié adulte.....	34
Tableau 2.2 : Mode prédominant de paiement des hôpitaux selon le statut juridique dans les systèmes d'assurance maladie en 2012.....	38
Tableau 2.3 : Mode prédominant de paiement des hôpitaux selon le statut juridique dans les systèmes d'assurance maladie en 2012.....	39
Tableau 2.4 : Historique et caractéristiques principales des systèmes de classification des séjours mis en place dans les pays de l'OCDE	40
Tableau 2.5 : Prise en compte du capital et des activités de formation et d'enseignements dans le cadre du paiement à l'activité dans les pays de l'OCDE	42
Tableau 2.6 : Champs du paiement à l'activité pour certains services de santé dans les pays de l'OCDE	43
Tableau 2.7 : Le mécanisme de dégressivité tarifaire en Israël	49
Tableau 2.8 : Exemple pour le calcul pour un variable cost factor de 50%.....	50
Tableau 3.1 : Financement des dépenses hospitalières en Allemagne, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	64

Tableau 3.2 : Dépenses hospitalières, part des dépenses hospitalières et sorties d'hôpital en Allemagne en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)	64
Tableau 3.3 : Offre hospitalière en Allemagne, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	65
Tableau 3.4 : Taux de croissance du case-mix entre 2004 et 2012.....	73
Tableau 3.5 : Financement des dépenses hospitalières en République tchèque, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	88
Tableau 3.6 : Dépenses hospitalières, part des dépenses hospitalières et sorties d'hôpital en République tchèque en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	89
Tableau 3.7 : Offre hospitalière en République tchèque, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	90
Tableau 3.8 : Financement des dépenses hospitalières en Israël, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	98
Tableau 3.9 : Dépenses hospitalières et sorties d'hôpital en Israël en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	99
Tableau 3.10 : Offre hospitalière en Israël, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011).....	100
Tableau 3.11 : Le mécanisme de dégressivité tarifaire en Israël	103

Figures

Graphique 1.1 : Part des frais généraux pour quatre interventions à l'hôpital en France et en moyenne dans 9 pays de l'OCDE	8
Graphique 2.1 : Dépense par habitant pour les soins aux patients hospitalisés en 2011 (ou année la plus proche)	27
Graphique 2.2 : Structure des dépenses courante de santé en 2011 (ou année la plus proche)	27
Graphique 2.3 : Variation des dépenses de santé par fonction en termes réels, moyenne des pays OCDE, 2008 à 2011.....	28
Graphique 2.4 : Répartition des établissements selon leur statut juridique en 2011 (ou année la plus proche).....	29
Graphique 2.5 : Répartition des lits selon le statut juridique des hôpitaux en 2011 (ou année la plus proche).....	30
Graphique 2.6 : Lits d'hôpitaux par type de soins, 2011 (ou année la plus proche).....	31
Graphique 2.7 : Relation entre le nombre de lits disponibles pour les soins curatifs dans un pays et l'activité hospitalière mesurée en termes de nombre de sorties d'hôpital pour les soins curatifs	32
Graphique 2.8 : Taux d'occupation des lits pour soins curatifs aigus, 2000 et 2011 (ou année la plus proche).....	33
Graphique 2.9 : structure de financement des dépenses hospitalières en 2011 (ou année la plus proche).....	35
Graphique 2.10 : Structure de financement des hôpitaux publics et privées en 2011 (ou année la plus proche).....	36
Graphique 3.1 : Fixation de la valeur du point et négociation.....	70
Graphique 3.2 : Dépense totale moyenne par jour pour les soins hospitaliers avec au moins une nuit à l'hôpital dans le Maryland et aux États-Unis (2001-2011).....	78
Graphique 3.3 : Admissions pour 1000 habitants entre 1999 et 2011 dans l'État du Maryland et aux États-Unis	79
Graphique 3.4 : Case-mix total pour les soins payés à l'activité entre 2007 et 2012	97

Encadrés

Box 2.1 Définition des principaux modes de paiement des hôpitaux.....	37
---	----

REMERCIEMENTS

Cette étude a été menée grâce à une contribution volontaire de la France et rédigée par des membres de la division de la santé de l'OCDE. Les opinions qui y sont exprimées sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément celles de l'OCDE ou du gouvernement français. Les chiffres présentés proviennent des statistiques de l'OCDE sur la santé 2013 sauf indication contraire. Les auteurs souhaitent remercier pour leur soutien au projet et leurs commentaires : l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), en particulier Véronique Sauvadet, Nathalie Rigollot et Florence Pinelli, mais aussi la Direction Générale de l'Offre de Soins, en particulier, Adeline Townsend et Adrien Dozol. Les auteurs sont aussi reconnaissants à ceux qui les ont aidés dans les pays retenus pour les études de cas: Lenka Poliaková, Jan Alexa, Dr. Leon Levi, Eli Cohen, Shlomit Krapivka, Yonatan Green, Robert Murray, Graham Atkinson, Donna Kinzer, Jack Keane, Jack Cook, Sue Calikoglu, Jerry Schmidh, Ferdinand Rau, Marc Schreiner, Dr. Roland Laufer, Dr. Christian Jaeger, Johannes Wolff, Uwe Klein-Hitpaß, Dr. David Scheller-Kreinsen, Dr. Alexander Geissler et Dr. Wilm Quentin. Les auteurs remercient tout particulièrement leurs collègues Michael Schoenstein pour sa contribution vitale sur l'Allemagne et David Morgan pour ses conseils et commentaires.

PHASE 1 : ECONOMIES D'ECHELLE À L'HÔPITAL, UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE

Introduction

1. La mise en place du paiement à l'activité dans les pays de l'OCDE relevait d'une double logique, inciter les établissements à accroître leur activité tout en incitant à une plus grande efficacité productive. Dans les pays où la dotation globale était en vigueur, le paiement à l'activité devait permettre d'inciter à la production d'un plus grand nombre d'actes par l'établissement en instaurant un lien direct entre l'activité de l'hôpital et sa rémunération. Ensuite, ce système de paiement devait permettre d'inciter les hôpitaux à atteindre un certain niveau d'efficacité dans la production des soins en les rémunérant selon un tarif fixe basé sur le coût moyen de production du traitement dans un échantillon d'hôpitaux.
2. Dans un contexte de contrainte budgétaire accrue, différents mécanismes ont été mis en place dans les pays de l'OCDE afin de réguler le caractère inflationniste du paiement à l'activité. Ces mécanismes consistent à lier les prix aux volumes de production (Street et *al.*, 2007). Certains pays de l'OCDE ont notamment introduit des baisses des tarifs à partir d'un certain volume de production dans le cadre du paiement à l'activité. La justification principale pour la mise en place d'un tel mécanisme est la présence des économies d'échelle dans le système de production hospitalier. Ainsi, à partir d'un certain volume de production, l'hôpital a amorti les coûts fixes et seuls ses coûts variables devraient être rémunérés.
3. En économie industrielle, il existe des économies d'échelle lorsque le coût unitaire de production diminue lorsque la production totale augmente. Ce concept s'avère particulièrement pertinent lorsque la production entraîne d'importants coûts fixes. Si la nature des coûts (fixe et variable) dépend de l'horizon temporel, la structure de production des hôpitaux présente des caractéristiques qui justifient au moins en théorie la présence d'économies d'échelle. Les différents postes de coûts de production des soins hospitaliers se décomposent en trois catégories principales. Les amortissements, entretien, logistique générale constituent les charges fixes. Les médicaments, consommables, restauration, blanchisserie font partie des charges variables. Enfin, certaines charges à l'hôpital évoluent par seuil, parfois du fait de la législation (charges de personnel dont le nombre est réglementé).
4. Cette étude analyse la présence d'économie d'échelle au sein du secteur hospitalier selon des approches à la fois comptable et économique. L'approche comptable s'appuie sur la structure de coût des soins. Elle permet de mettre en avant l'importance des différents types de coût dans le coût de production global des soins. Cette approche statique doit pour autant être complétée par une analyse dynamique du fait de la présence de coûts semi-variables. L'approche économique s'appuie sur une revue de littérature des études publiées analysant la présence d'économie d'échelle dans les hôpitaux à partir d'estimations de fonctions de coût de production des hôpitaux.
5. Si l'approche comptable et la majeure partie des travaux publiés suggèrent la présence d'économies d'échelle dans le secteur hospitalier, certains articles reposant parfois sur une méthodologie discutable ont mis en avant des économies d'échelle à l'hôpital.

Approche comptable, identification de la part des coûts fixes dans la production des soins hospitaliers

Approche statique : les coûts fixes représentent dans certains cas la majeure partie des coûts d'une intervention à l'hôpital

6. Afin d'identifier les différences de structure de coût dans la production hospitalière, une étude a analysé la structure de coûts de 10 traitements dans 9 pays européens (tableau 1.1). L'objectif de ce projet était d'identifier et de comparer pour différentes procédures la structure de coût observée dans différents pays de l'OCDE (Busse et al., 2008). Cinq procédures concernent des actes réalisés à l'hôpital. Ces cinq procédures sont l'appendicectomie, l'accouchement normal, le remplacement de la hanche, le traitement de l'AVC et de l'infarctus aigu du myocarde.

Tableau 1.1 : Les différentes interventions analysées dans le cadre du projet « Health benefit basket »

	Traitements	Caractéristiques du patient	Lieu de prise en charge
Cas-type 1	Appendicectomie	Homme âgé de 14 à 25 ans	Hospitalisation
Cas-type 2	Accouchement normal	Femme âgée de 25 à 34 ans	Hospitalisation
Cas-type 3	Remplacement de la hanche	Femme âgée de 65 à 75 ans	Hospitalisation
Cas-type 4	Cataracte	Homme âgé de 70 à 75 ans	Ambulatoire
Cas-type 5	AVC	Homme âgé de 60 à 70 ans	Hospitalisation
Cas-type 6	Infarctus aigu du myocarde	Homme âgé de 50 à 60 ans	Hospitalisation
Cas-type 7	Toux	Enfant de sexe masculin de 2 ans	Ambulatoire
Cas-type 8	Colonoscopie	Homme âgé de 55 à 70 ans	Ambulatoire
Cas-type 9	Amalgame dentaire	Enfant âgé d'environ 12 ans	Ambulatoire
Cas-type 10	Kinésithérapie	Homme âgé de 25 à 35 ans	Ambulatoire

Source : Health Basket Benefit project, 2010

7. Pour recueillir des données pertinentes, chaque partenaire du projet a identifié un échantillon d'au moins cinq fournisseurs de soins de santé représentatifs dans leur propre pays pour les différents cas-types d'interventions sélectionnées (soit au moins 5 hôpitaux pour les soins hospitaliers, 5 médecins généralistes pour les soins en ambulatoire). Pour les interventions à l'hôpital, les partenaires ont été invités à étudier les «hôpitaux généraux pour soins aigus» dotés de 200 à 400 lits, sauf si cela ne reflète pas l'organisation du service existant. Pour autant, la méthode de sélection des hôpitaux ne garantit pas une représentativité globale des résultats qui seront énoncés par la suite. La méthodologie employée permet de garantir une homogénéité dans la mesure des coûts dans les hôpitaux sélectionnés et assure ainsi une certaine comparabilité des résultats entre pays. Une étude basée sur un échantillon plus large au sein d'un pays, comme par exemple l'Étude Nationale des Coûts (ENC) en France, pourrait mener à des résultats différents.

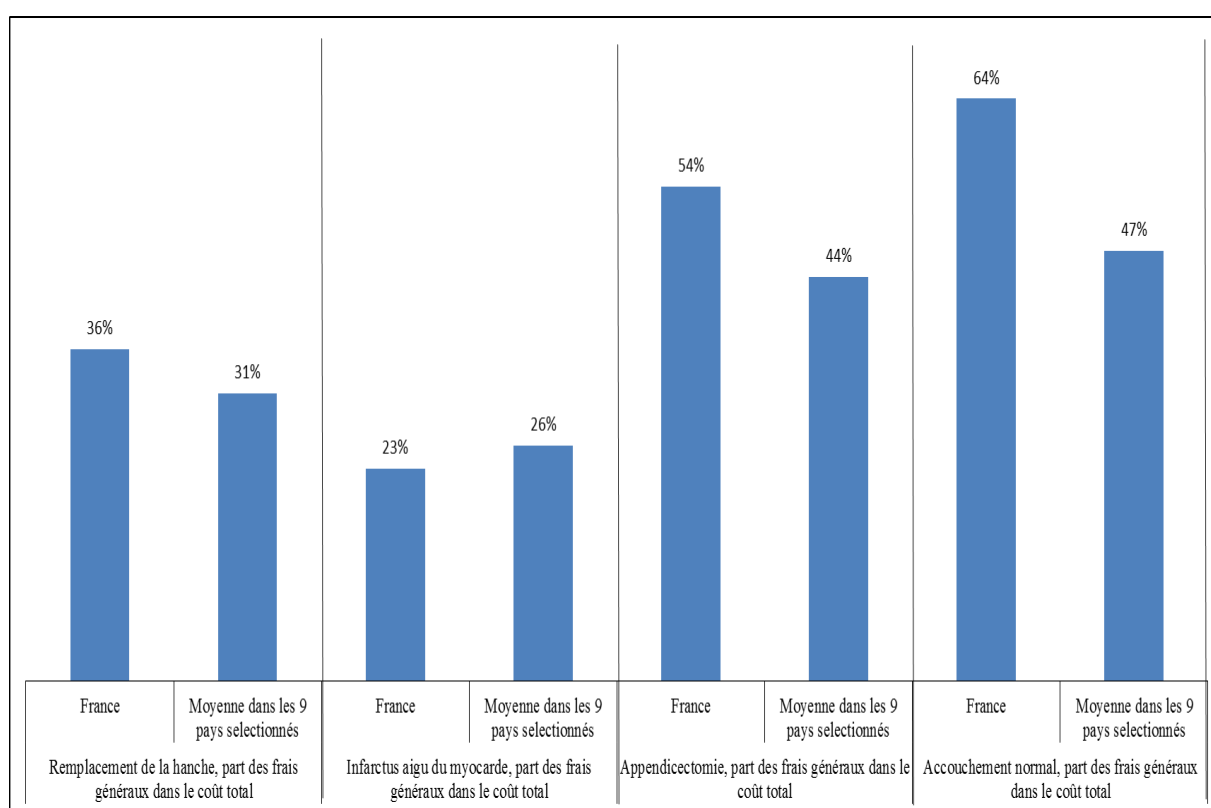
8. Une fois les hôpitaux sélectionnés, les coûts des différentes interventions étaient divisés en cinq postes de coût : diagnostic¹, coût en personnel hospitalier (infirmiers, médecin), coûts liés à l'intervention chirurgicale (chirurgien, anesthésiste...), dépenses pharmaceutiques et enfin dépenses en frais généraux. Les frais généraux, dans leur grande majorité, constituent les coûts fixes dans la

¹ La catégorie diagnostique comprend notamment l'imagerie médicale et les tests en laboratoire.

production des soins². En effet, ils comprennent les coûts liés aux infrastructures médicales et non médicales (administrations, eau, électricité, services de lingerie, maintenance des bâtiments...) et les coûts d'amortissements.

9. La part des frais généraux dans le coût total des interventions sélectionnées (remplacement de la hanche, infarctus aigu du myocarde, appendicectomie et accouchement normal) varie de 23% en France dans le cadre d'un infarctus à 64% dans le cadre d'un accouchement. Parallèlement, la part des frais généraux est proche en France de la moyenne des autres pays considérés pour le remplacement de la hanche et l'infarctus du myocarde. Pour l'appendicectomie et l'accouchement, la France présente des frais généraux supérieurs respectivement de 10 points et 17 points de pourcentage par rapport à la moyenne des neuf pays considérés.

Graphique 1.1 : Part des frais généraux pour quatre interventions à l'hôpital en France et en moyenne dans 9 pays de l'OCDE



Source : Health Basket Benefit project, 2010

10. L'importance des frais généraux dans le coût total des soins prodigués à l'hôpital plaide donc pour l'existence de possibles économies d'échelle dans le secteur hospitalier. En effet, à partir

² Les frais généraux incluent les infrastructures non médicales comme le personnel administratif, le nettoyage, le jardinage, les agents de bureau Technique / entretien des bâtiments énergie eau Taxes et assurances (liées aux services aux patients), les loyers, les amortissements des équipements et des bâtiments, les frais liés aux intérêts financiers. Ils comprennent ensuite certaines infrastructures médicales avec la blanchisserie, la stérilisation, les transports de patients (à l'hôpital), l'alimentation et le temps administratif du personnel médical et infirmier.

d'un certain niveau de production le coût marginal en termes de frais généraux d'un patient supplémentaire est proche de zéro ce qui implique une diminution du coût moyen de production. Dans le cadre du paiement à l'activité, les tarifs sont souvent fixés à partir du calcul du coût moyen de production sur un échantillon d'hôpitaux. Ainsi, la forte part des frais généraux dans le coût de production de soins pourrait justifier la dégressivité des tarifs associés à chaque traitement une fois les frais généraux amortis. Pour autant, cette approche comptable statique est partiellement remise en cause lorsqu'on analyse d'un point de vue dynamique le système de production hospitalier.

Approche dynamique : la présence de charges semi-variables doit être prise en compte dans le calcul de la structure de coûts des hôpitaux

11. Si à partir d'une approche statique les coûts de productions des hôpitaux peuvent être séparés en coûts fixes et variables, l'approche comptable dynamique suppose la prise en compte d'un troisième type de coûts semi-variables. Le montant des charges semi-variables varie selon le niveau d'activité sans être pour autant proportionnel à celui-ci. Ainsi, lorsque la production croît, les coûts associés à ces charges augmentent par exemple par palier. Ceci entraîne la présence de coûts marginaux qui évoluent par palier.

12. La présence de coûts semi-variables dans le cadre des soins hospitaliers s'explique notamment par des dispositions réglementaires qui imposent que les capacités de l'hôpital augmentent en fonction du volume de production des soins. Ainsi, dans une analyse menée par Roland Cash en 2013 sur les données de l'Étude Nationale des Coûts en France pour la dialyse, les dispositions réglementaires sur l'équipement nécessaire, le nombre de personnels soignants et d'autres personnels impliquent la présence de coûts semi-variables.

13. Les conditions réglementaires de fonctionnement fixées dans les décrets de 2002 et la circulaire du 15 mai 2003 déterminent des seuils d'effectifs en fonction de l'activité :

- Pas plus de 3 séances par jour et par poste de dialyse
- Minimum de 8 postes et d'un générateur de secours pour 8 postes
- Équipe médicale :
 - de 8 à 23 postes : au minimum 2 néphrologues
 - et un néphrologue supplémentaire par tranche de 8 postes
 - astreinte médicale (qui peut être commune avec d'autres activités)
- Équipe soignante :
 - présence permanente en cours de séance d'au moins un(e) infirmier(e) pour quatre patients
 - et d'un(e) aide-soignant(e) ou, éventuellement, un(e) autre infirmier(e) pour huit patients
 - astreinte infirmière
 - Autres personnels : techniciens, diététicienne, psychologue, assistante sociale, secrétariat

14. À partir de ces dispositions réglementaires, les hausses des charges variables et semi-variables lorsque l'activité augmente peuvent remettre en cause l'hypothèse d'un coût moyen de production décroissant. En effet, lorsque la production augmente, l'hôpital peut dans un premier temps

diminuer son coût moyen de production. Cependant, au-delà d'un certain niveau de production, l'hôpital doit réinvestir dans de nouveaux équipements ou embaucher de nouveaux personnels ce qui implique un saut dans ses coûts de production qu'il devra amortir également. L'existence de rentes quand les volumes augmentent, du fait même des normes réglementaires qui obligent les établissements à accroître les effectifs lorsque l'activité augmente, n'est donc pas évidente. Aussi, la tarification au coût marginal à partir d'un certain seuil d'activité devrait être adaptée à la prise en compte de ces paliers dans le niveau des coûts semi-variables. Cette modulation devrait également prendre en compte la spécialisation des hôpitaux. En effet, l'importance des coûts semi-variables peut être relativisée en fonction de la spécialisation de l'établissement. Ainsi, dans un établissement réalisant des activités très diverses, l'impact de l'existence de coûts semi-variables serait probablement nettement moindre que dans un établissement qui ne ferait par exemple que de la dialyse activité pour laquelle les coûts semi-variables représentent une part importante du coût total de production.

15. Si l'approche comptable permet d'éclairer la question de la présence d'économies d'échelle à travers l'identification de coûts fixes et variables dans le système de production des soins, une approche économique à travers une revue de la littérature analysant la fonction de production de l'hôpital permet de compléter cette analyse.

Revue de littérature des études économiques sur la présence d'économies d'échelle à l'hôpital

16. La littérature empirique s'est intéressée aux économies d'échelle dans les hôpitaux à travers deux angles. Tout d'abord, une large partie de la littérature a analysé la relation entre la taille des hôpitaux et le coût des soins produits avec comme question sous-jacente la taille optimale des hôpitaux. Une deuxième partie de la littérature, bien moins développée, a tenté de déterminer la relation entre le niveau activité des hôpitaux et le coût de production des soins avec comme question sous-jacente, l'évolution des coûts de production lorsque la quantité produite de soins augmente. Dans le cadre de l'analyse d'une tarification marginale des soins à partir d'un certain niveau d'activité, c'est cette deuxième partie de la littérature qui est pertinente.

17. Une revue de la littérature analysant cette dernière question a permis d'identifier neuf études publiées ayant pour objet principal de mesurer la relation entre coût de production et quantité produite au sein du secteur hospitalier. Ces études permettent de mesurer une élasticité du coût de production à la quantité produite et ainsi de mesurer l'ampleur des économies d'échelle. Les principaux enseignements de ces études sont présentés selon le plan d'un article scientifique.

Modèle théorique et estimation économétrique

18. L'analyse du coût de production d'une entreprise d'un point de vue théorique exige d'adopter une hypothèse explicite au sujet de l'état d'équilibre des entreprises c'est-à-dire si elles sont sur leur sentier de production de long terme ou de court terme. Si les entreprises sont censées être sur leur sentier de long terme c'est-à-dire si le niveau d'utilisation des inputs minimise les coûts compte tenu du niveau de production et des prix des facteurs de productions, il convient d'estimer une fonction de coût de long terme, où les coûts totaux sont exprimés en fonction des quantités des différents outputs et des prix des inputs. En revanche, les entreprises peuvent être dans l'incapacité de modifier rapidement l'ensemble des facteurs de production en réponse à des changements du niveau de production ou des prix des facteurs de production. Si tel est le cas, les entreprises de ce secteur auront, à court terme, comme objectif d'utiliser des quantités optimales des inputs variables facilement ajustables (par exemple, la main-d'œuvre et les matériaux), compte tenu des niveaux même non optimaux des inputs fixes (par exemple, le capital). Dans ce cas une fonction de production de

court terme est estimée. La fonction de coût variable peut être alors définie avec comme paramètres le niveau des outputs, des prix des inputs et de l'ensemble des coûts fixes (Vita, 1987).

19. La majeure partie des études (six sur neuf) évalue une fonction de production de court terme des hôpitaux considérant alors le capital comme fixe dans l'analyse effectuée. Afin d'estimer la fonction de coûts les études utilisent deux principales fonctions de production de formes flexibles et linéaires qui n'imposent pas de faire des hypothèses sur la structure de production comme c'est par exemple le cas avec les fonctions de production Cobb-Douglas ou CES (Constant Elasticity of Substitution). Ainsi, les études utilisent la fonction de production généralisée Leontief et la fonction de production translog.

20. La variable expliquée dans les analyses économétriques est principalement le coût total variable qui regroupe notamment coût du travail et coûts pharmaceutiques et du matériel médical. Dans ce cas, le coût total d'exploitation de l'hôpital déclaré par l'hôpital aux autorités administratives est le coût variable à expliquer (Li et al., 2001).

21. Les outputs utilisés pour caractériser la fonction de production sont dans la plupart des études le nombre de jours d'hospitalisation par an. Pour les études qui ne disposent pas de cette information comme Vita (1989), deux variables sont introduites, le nombre de sorties ou d'admissions et la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Ces deux variables permettent de contrôler les deux canaux par lesquels un hôpital peut augmenter le nombre de jours de soins produits. Parallèlement, afin de mesurer précisément l'impact des différents outputs sur le coût de production, certaines études distinguent la production hospitalière par services. Ainsi, par exemple dans l'étude séminale de Cowing et Holtmann (1983), la production hospitalière est divisée en cinq catégories : diagnostics, chirurgie, maternité, pédiatrie, urgence et autres.

22. Le prix des inputs correspond aux salaires mais également lorsque ceux-ci sont disponibles les prix des médicaments et des matériels médicaux. Dans la plupart des études (six sur neuf), les salaires sont divisés en fonction des qualifications. Par exemple, Cohen et al. (2008) distinguent les salaires des personnels médicaux pour sept postes de dépenses dans le cadre de la production de soins comme la chirurgie, la radiologie, salaires du personnel administratif. Pour autant, certaines études ne disposent pas des données suffisantes pour calculer des niveaux de salaires par hôpital et par service. Dans ce cas, certaines études utilisent un indice de salaire global pour la région dans laquelle exerce l'hôpital (Carey, 2000 et Menke, 1997).

23. Afin de contrôler au mieux l'hétérogénéité des hôpitaux, des variables sont ajoutées dans l'ensemble des analyses économétriques. Tout d'abord, le statut juridique de l'hôpital permet de contrôler les différences de coût entre les hôpitaux publics, privés but lucratif ou non. En effet, la présence de cette variable permet notamment de vérifier l'hypothèse selon laquelle la volonté de redistribuer des profits pour les hôpitaux privés à but lucratifs incite à une plus grande efficacité de production et donc à des coûts moins élevés (Carey, 2000). Ensuite, le case-mix de l'hôpital permet de contrôler des différences dans la sévérité des cas traités par les hôpitaux ce qui pourrait avoir un impact notamment sur les équipements possédés par les hôpitaux mais également les qualifications des personnels médicaux (Li et al., 2001). Enfin, d'autres variables pouvant avoir un impact sur les coûts de production sont incluses telles que la situation géographique de l'hôpital, le statut d'hôpital universitaire, l'indice Herfindahl afin de mesurer le niveau de concurrence auquel est confronté l'hôpital.

Données utilisées dans la cadre des études sur les économies d'échelle dans le secteur hospitalier

24. La majeure partie des études utilise des données administratives afin de réaliser les estimations de la fonction de coûts des hôpitaux. Ainsi, six études sur neuf utilisent des données des départements d'État de la santé dans le cadre des études portant sur les États-Unis. Par exemple, Li et al. (2001) utilisent les données annuelles transmises par les hôpitaux dans l'État de Washington. Ces données contiennent des détails sur la situation financière de chaque hôpital et sur l'activité de l'hôpital. Les trois autres études, américaines, utilisent des données d'enquêtes pour un État (État de Californie, pour Vita, 1987) ou pour l'ensemble des États-Unis (Carey, 1997 et Menke, 1997). Ces deux dernières études utilisent différentes données. Les deux études utilisent comme base de données de départ l'enquête de l'Association Américaine des Hôpitaux effectuée tous les ans à laquelle elles ajoutent des données supplémentaires. Par exemple, Menke (1990) ajoute à cette enquête les données du Bureau of the Census pour obtenir des salaires par région.

25. Les données utilisées souffrent de certaines limites qui incitent à la prudence pour effectuer une généralisation des résultats qui seront présentés. La majorité des études utilisent des données de panel sur des périodes de quatre à sept années. Les données de panel permettent notamment de prendre en compte correctement l'hétérogénéité des hôpitaux et ainsi obtenir des estimations plus robustes. Pour autant, trois études ne portent que sur une seule année (Cowing et al., 1983, Vita, 1987 et Menke, 1997). Il peut exister alors un biais si les hôpitaux avec une forte activité sont des hôpitaux systématiquement plus efficaces. De plus, six études sur neuf utilisent des données portant sur des périodes antérieures à 1990. Enfin, trois études dont Cohen et al. (2010) ou encore Cohen et al. (2011) portent sur un nombre d'établissements très faible. Cohen et al. (2010) porte sur 30 hôpitaux de l'État du Connecticut et Cohen et al. (2011) sur 17 hôpitaux de l'État de Washington. La faiblesse de cet échantillon peut remettre en cause la robustesse des résultats mais surtout incite à la prudence sur une possible généralisation de ces résultats.

Tableau 1.2 : Description des données utilisées dans le cadre de l'estimation d'économies d'échelle dans le secteur hospitalier

Date	Auteurs	Pays	Données	Types de données	Nombre d'hôpitaux
1983	Cowing et al.	États-Unis	Données administratives de l'État de New York	- Données de coupe 1975	138 hôpitaux généraux
1987	Vita	États-Unis	Enquête California Health Facilities Survey (1983)	- Données de coupe 1983	296 hôpitaux généraux
1997	Menke	États-Unis	- Enquête annuelle de l'American Hospital Association - Bureau of the Census (données sur les salaires) - Le Guide de performance des hôpitaux (HCIA) pour les indicateurs de qualité - The Area Ressource File (ARF) pour les informations sur la région d'implantation de l'hôpital	- Données de coupe 1990	2 200 hôpitaux
2000	Carey	États-Unis	- Enquête annuelle de l'American Hospital Association - Données de Healthcare Financing Administration à partir de l'Hospital Cost reporting Information System	- Données de panel 1987-1991	1733 hôpitaux
2001	Li et al.	États-Unis	Données administratives de l'État de Washington (Département de la santé)	- Données de panel 1988 à 1993	910 hôpitaux
2006	Smet	Belgique	Données administratives du Ministère des affaires sociales, de la santé publique et de l'environnement belge	- Données de coupe 1997	187 hôpitaux généraux
2008	Cohen et al.	États-Unis	Données administratives de l'État de Washington (Département de la santé)	- Données de panel 1997 à 2002	93 hôpitaux
2010	Cohen et al.	États-Unis	Données administratives de l'État du Connecticut (Département de santé publique)	- Données de panel 2006 à 2008	30 hôpitaux
2011	Cohen et Paul	États-Unis	Données administratives de l'État de Washington (Département de la santé)	- Données de panel 1997 à 2004	17 hôpitaux

Résultats

26. La majeure partie des études conclut à la présence d'économie d'échelle dans le secteur hospitalier. En effet, six études sur les neuf analysant les économies d'échelles concluent que si l'hôpital augmente son activité, les coûts engendrés par cette augmentation augmenteront moins que proportionnellement à l'augmentation de l'activité. La plupart des études expriment alors des élasticité des coûts à la quantité produite. En moyenne, l'élasticité estimée est de 0,71 ce qui signifie qu'une augmentation de 1% de l'activité entraîne une augmentation de 0,71% des coûts de productions toutes choses égales par ailleurs. L'élasticité varie entre 0,62 (Li et al., 2001) et 0,86 (Cowing et al., 1987).

Tableau 1.3 : Élasticité des coûts au niveau d'activité dans les études identifiant des économies d'échelle à l'hôpital

Date de publication	Auteurs	Pays	Élasticité des coûts à l'augmentation de l'activité
1983	Cowing et Holtmann	États-Unis	0,86
2000	Carey	États-Unis	0,68
2001	Li et Rosenman	États-Unis	0,62
2008	Cohen et Paul	États-Unis	0,68
2011	Cohen et Paul	États-Unis	0,75

27. Les trois études qui concluent à la présence de déséconomies d'échelle sont celles de Vita (1987), Smet (2006), Cohen et al. (2010). Dans le cadre de ces études, l'élasticité mesurée est en moyenne de 1,56 ce qui signifie qu'une augmentation de l'activité de l'hôpital entraîne une augmentation de 1,56% des coûts des hôpitaux étudiés. Ces études souffrent de certaines limites et en particulier les études de Smet (2006) et Cohen et al. (2011). Tout d'abord dans le cadre de l'étude de Smet (2006), les données relatives aux coûts des inputs et notamment les salaires ne sont pas disponibles. Ainsi, Smet (2006) n'intègre pas dans son analyse les différences de salaires entre hôpitaux et leur impact sur les coûts. Cette limite peut biaiser les résultats et notamment les paramètres estimés pour l'impact de l'activité sur les coûts. En effet, on peut supposer qu'il existe une corrélation, certainement positive, entre salaires et quantité produite. Ainsi, l'estimation souffre d'un biais de variables omises. Ce biais entraîne une surestimation de l'impact de l'activité sur les coûts si on suppose une corrélation positive entre salaires et quantité de soins produite. L'étude de Cohen et al. (2010) souffre d'un autre biais dû à un nombre limité de données puisque l'étude porte uniquement sur trente hôpitaux ce qui influence la précision des estimateurs ainsi que la généralisation des résultats.

28. Les études présentées permettent également d'apporter des éclairages sur deux problématiques importantes pour l'efficacité productive au sein du secteur hospitalier. Ainsi, certaines études tentent de mettre en avant la présence d'économies de gamme au sein des hôpitaux. Une entreprise réalise des

économies de gamme lorsqu'elle réduit ses coûts de production en élargissant sa gamme de produits et de services (production conjointe). La diversification de la production peut prendre deux formes. La diversification liée correspond au développement de nouvelles activités présentant des points communs avec les activités existantes. Elle peut être verticale ou horizontale³. La diversification conglomerale correspond au développement de nouvelles activités qui n'ont pas de point commun avec les activités existantes. Cette deuxième forme ne semble pas appropriée au secteur hospitalier.

29. Dans les études retenues pour étudier les économies d'échelle et en complétant cette revue de littérature avec la littérature grise, huit études ont été retenues pour l'étude des économies de gamme au sein du secteur hospitalier. La majeure partie de ces études analysent les économies de gamme entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires prodigués à l'hôpital [Menke (1997), Wang et al. (2006), Kristensen et al. (2012), Marini et al. (2009), Cohen et al. (2008)]. Seules trois études identifient des économies de gamme au sein de l'hôpital. Cowing et Holtmann (1983) montrent l'existence d'économie de gamme entre les services pédiatriques et les autres services et des déséconomies de gamme entre le service d'urgence et les autres services. Kittelsen et al. (2009) identifient des économies de gamme importantes entre les soins chirurgicaux et les soins médicaux mais pas de relation significative entre les soins programmés et d'urgence. Smet (2007), avec les limites que comporte cette étude, met en avant des économies de gamme entre médecine interne et soins chirurgicaux, soins chirurgicaux et soins spécialisés.

30. Le deuxième éclairage de ces différentes études sur les coûts des hôpitaux porte sur l'efficacité des hôpitaux publics, privés à but non lucratifs et les hôpitaux privés à but lucratifs. Les conclusions des différentes études présentées sont ambiguës. Les hôpitaux privés ont des coûts plus élevés que les hôpitaux à but non lucratif avec une différence d'environ 15% pour Cowing et Holtmann (1983) et une différence d'environ 5% pour Vita (1987). Carey (2000) n'identifie aucune différence de coût selon le statut juridique de l'hôpital. Au contraire, les hôpitaux privés à but lucratifs ont des coûts moins élevés que les hôpitaux à but non lucratif dans l'étude de Li et Rosenman (2001). Enfin, Menke (1997) montre qu'au sein des hôpitaux indépendants, les hôpitaux privés à but lucratif ou non lucratif ont des coûts plus élevés respectivement de 28,7% et 10,7% par rapport aux hôpitaux publics. Menke (1997) n'identifie pas de différence de coûts entre les hôpitaux privés appartenant à des groupes et les hôpitaux publics.

Conclusion

31. L'analyse de la structure de coût des hôpitaux permet de mettre en avant l'importance des coûts fixes à l'hôpital justifiant la présence d'économies d'échelle. Ainsi, en France, les frais liés aux infrastructures médicales et non médicales (administrations, eau, électricité, services de lingerie, maintenance des bâtiments...) et les coûts d'amortissements représentent une part plus ou moins importante du coût de production des soins au sein du secteur hospitalier. Pour autant, une approche dynamique remet partiellement en cause ce constat. Les normes réglementaires en termes d'infrastructures et de personnels sont à l'origine de charges semi-variables augmentant par palier à mesure que l'activité croît. Dans ce contexte, l'évolution des coûts moyens en fonction de l'activité n'est pas linéaire et la présence d'économies d'échelle s'avère moins évidente.

32. L'approche économique, à travers l'étude de la fonction de production de l'hôpital, confirme en partie cette approche comptable, avec une majorité des études empiriques concluant à la présence d'économies d'échelle à l'hôpital. La plupart des études estiment des élasticités des coûts à la quantité produite. En moyenne, l'élasticité estimée est de 0,71 ce qui signifie qu'une augmentation de 1% de

³ La diversification verticale se dit d'une entreprise qui a la volonté de diversifier ses sources de revenus en intégrant ou développant des activités en amont ou en aval de sa production initiale. La diversification horizontale correspond à la stratégie d'une entreprise de produire des nouveaux produits destinés à sa clientèle.

l'activité entraîne une augmentation de 0,71% des coûts de productions toutes choses égales par ailleurs. L'élasticité minimum s'élève à 0,62 (Li et al., 2001) et maximum 0,86 (Cowing et al., 1987). Une minorité d'études, présentant certaines limites méthodologiques, concluent à la présence de déséconomies d'échelle. Pour autant le faible nombre d'étude, notamment lié au manque de données suffisamment détaillées pour mener une telle estimation, impose une certaine prudence quant à la généralisation des résultats présentés.

33. Les études présentées permettent également d'apporter des éclairages sur deux problématiques importantes pour l'efficacité productive au sein du secteur hospitalier. Ainsi, certaines études tentent de mettre en avant la présence d'économies de gamme au sein des hôpitaux. Les conclusions des études analysées sont ambiguës. Des études montrent la présence d'économies de gamme entre les services au sein du secteur hospitalier comme les services pédiatriques et les autres services ou soins chirurgicaux et les soins médicaux. Pour les soins d'urgence, une étude identifie la présence de déséconomies de gamme avec les autres services à la différence d'une étude n'identifiant aucune relation. Le deuxième éclairage de ces différentes études sur les coûts des hôpitaux porte sur l'efficacité des hôpitaux publics, privés à but non lucratifs et les hôpitaux privés à but lucratifs. Les conclusions des différentes études présentées sont ambiguës ne permettant pas d'identifier un statut juridique plus efficient.

34. Ces études souffrent cependant de lacunes qui limitent la portée de leurs conclusions pour la France. Ces études portent principalement sur des données anciennes. Ensuite, les données utilisées sont le plus souvent des données sur le secteur hospitalier américain, très différent de la France. Par exemple, la majeure partie des lits aux États-Unis sont dans les hôpitaux privés à but non lucratifs (60% des lits) alors qu'en France, la majorité des lits sont publics (62% des lits), et les tarifs sont négociés entre assureurs et hôpitaux. Enfin, certaines études portent sur un nombre restreint d'hôpitaux ou présentent des biais de variables omises.

Références

Bellanger, M. et al. (2008), "What can we learn from a cross-country comparison of the costs of child delivery?". *Health Economics*, vol. 17, pp. 47–57.

Busse, R et al. (2008), "Variability in healthcare treatment costs amongst nine EU countries – results from the *health basket* project". *Health Economics*, vol. 17, pp. 1-8.

Carey (2000), "A panel data design for estimation of hospital cost functions", *The Review of Economics and Statistics*, vol. 79, issue 3, pp. 443-453.

Cohen J.P. et al. (2010), "Health care reform and Connecticut's non-profit hospitals", *Journal of health care finance*, vol.37, pp 1-7.

Cohen J.P. et al. (2008), "Agglomeration and cost economies for Washington State hospital services", *Regional Science and urban Economics*, vol.38.

Connor et al. (2010), "The effect of market concentration and horizontal mergers on hospital costs and prices", *International journal of the economics of business* vol. 5:2.

Cowing et Holtmann (1983), "Multiproduct Short-Run Hospital Cost Functions: Empirical Evidence and Policy Implications from Cross-Section Data", *Southern Economic Journal*, Vol. 49, No. 3 (Jan., 1983), pp. 637-653.

- Epstein, D., et al. (2008), “The hospital costs of care for stroke in nine European countries”, *Health Economics*, vol.17, pp. 21–31.
- Ho et al. (2007), “Estimating cost savings from regionalizing cardiac procedures using hospital discharge data”, *Cost effectiveness and resource Allocation*, vol.5, issue 7.
- Kim et al. (2011), “Medicare payment reform and hospital costs: evidence from the prospective payment system and the treatment of cardiac disease”, *working paper*.
- Kristensen et al. (2012), “Economies of scale and scope in the Danish hospital sector prior to radical restructuring plans”, *Health Policy* Volume 106, Issue 2, pp. 120–126.
- Li T. et Rosenman (2001), “Estimating hospital costs with a generalized Leontief function”, *Health Economics*, vol.10.
- Marini et al. (2009), “Economies of scale and scope in the English hospital sector”, *Discussion paper 2009/0*.
- Menke T. (1997), “The effect of chain membership on hospital costs” *Health Services Research*, vol. 32(2), pp. 177–196.
- Pita Barros et al. (2009), “Economies of scale and scope in the provision of diagnostic techniques and therapeutic services in Portuguese hospitals”, *Working paper*.
- Siciliani, L., V. Moran and M. Borowitz (2013), “Measuring and Comparing Health Care Waiting Times in OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No. 67, OECD Publishing.
- Schreyögg, J. (2008), “A micro-costing approach to estimating hospital costs for appendectomy in a Cross-European context”. *Health Econ.*, vol. 17, pp. 59–69.
- Smet M. (2007), “Measuring performance in the presence of stochastic demand for hospital services: an analysis of Belgian general care hospitals”, *Journal of Productivity Analysis*, Vol.27, pp 13-29.
- Street A., Vitikainen K., Bjorvatn A., Hvenegaard A. (2007), “Introducing Activity-Based Financing: a Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden”, *CHE Research Paper 30*, Centre for Health Economics, University of York.
- Tiemann, O. (2008), “Variations in hospitalisation costs for acute myocardial infarction – a comparison across Europe”, *Health Economics*, vol. 17, pp. 33–45.
- Wang J. et al. (2006), Relative efficiency, scale effect and scope effect of public hospitals: evidence from Australia”, *IZA DP No 2520*.

Annexe : Tableau récapitulatif des résultats des études publiées dans des revues à comité de lecture

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
1983	Cowing et Holtmann	Etats-Unis	138 Hôpitaux généraux de l'État de New York (données datant de 1975) - Modèle fonction de coût (translog) : - Variable expliquée : Coût total variable ; coût du travail et coûts pharmaceutiques et du matériel médical - Variables explicatives : - Le nombre de jours d'hospitalisation par an pour cinq catégories de diagnostics (chirurgie, maternité, pédiatrie, urgence, autres) - Infrastructure et équipements selon la valeur dans le livre comptable, - salaires (salaires des internes, résidents, infirmiers, administration), - prix des médicaments et du matériel médical (identique pour tous les hôpitaux) - Autres variables : statut juridique et fonction d'enseignement	- Présence d'économies d'échelle Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne une hausse des coûts de 0,86% - Le coût marginal diminue puis devient constant Par exemple, le coût marginal en chirurgie diminue de USD 255 par jour d'hospitalisation pour 6 000 journées d'hospitalisations par an à USD 100 pour 300 000 journées d'hospitalisation par an. Le coût marginal pour la chirurgie devient constant après 150 000 journées d'hospitalisations par an	- Courbe des coûts moyens de court terme en U : pour les hôpitaux dont le niveau de production est supérieur à la moyenne, une augmentation de la production sans augmentation des infrastructures devrait mener à des déséconomies d'échelle - Les hôpitaux privés ont des coûts plus élevés que les hôpitaux à but non lucratifs (une différence d'environ 15%) - Économie de gamme entre les services pédiatriques et les autres services et des déséconomies de gamme entre le service d'urgence et les autres services
1987	Vita	États-Unis	296 hôpitaux généraux californiens à partir de l'enquête California Health Facilities Survey (1983) - Modèle fonction de coût (translog) - Variable expliquée : Coût total variable ; Coût total d'exploitation de l'hôpital - Variables explicatives :	Présence de déséconomie d'échelle Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne une	Les hôpitaux privés ont des coûts plus élevés que les hôpitaux à but non lucratifs (une différence d'environ 5%)

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
			- Le nombre total d'hospitalisation par an pour cinq catégories de diagnostics (chirurgie, maternité, pédiatrie, urgence et soins ambulatoires, autres) - Le nombre de visites en ambulatoire - Salaires (salaires des personnels encadrants, praticiens, infirmiers, administration, autres), - prix des médicaments et du matériel médical (identique pour tous les hôpitaux) - Autres variables : nombre de lits, casemix, statut juridique	hausse des coûts de 1,26% Les déséconomies d'échelle sont une fonction croissante du volume de production.	
1997	Carey	États-Unis	1733 hôpitaux après avoir exclu de la base de données les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux soumis au All-payer système de remboursement et les hôpitaux de moins de 100 lits sur la période 1987 à 1991 - Modèle fonction de coût de court terme : - Variable expliquée : Coût total variable ; Coût total d'exploitation de l'hôpital - Variables explicatives : - Le nombre total d'hospitalisation par an - Le nombre de visites pour des soins ambulatoires - Infrastructure et équipements selon la valeur dans le livre comptable après amortissement et provisions - Indice de salaire dans la région de l'hôpital, - Autres variables : enseignement,	- Présence d'économies d'échelle Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne en moyenne sur les cinq années une hausse des coûts de 0,68%. - L'ampleur des économies d'échelle a diminué de 8% entre 1987 et 1991. Ce déclin serait dû au développement des traitements en ambulatoire moins coûteux.	- Pas de différence de coût selon le statut juridique de l'hôpital - Les économies d'échelle existent quelle que soit la taille de l'hôpital

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
			casemix, statut juridique, Situation géographique		
1997	Menke	États-Unis	• 2 200 hôpitaux pour l'année 1990 • Modèle fonction de coût de long-terme: ○ Variable expliquée : Coût total; Coût total d'exploitation de l'hôpital ○ Variables explicatives : ▪ Le nombre total d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation ▪ Le nombre de visites pour des soins ambulatoires ▪ Indice de salaire dans la région de l'hôpital, ▪ Autres variables : enseignement, casemix pour les patients Medicare, taux de mortalité, Situation géographique	• Présence d'économies d'échelle mais uniquement à partir d'un niveau élevé de production (11 000 hospitalisations par an)	• Les hôpitaux privés à but lucratifs ont des coûts plus élevés que les hôpitaux à but non lucratif indépendants. • Les hôpitaux publics ont des coûts moins élevés que les hôpitaux privés à but non lucratif indépendants. • Pas de preuve de présence d'économie de gamme • Le coût marginal par séjour est plus faible dans les hôpitaux regroupés. Les arguments théoriques avancés sont les économies grâce au partage des fonctions support, un pouvoir de marché plus important et des professionnels plus qualifiés.
2001	Li et Rosenman	États-Unis	• 910 hôpitaux de l'Etat de Washington pour les années 1988 à 1993 • Modèle fonction de coût de long-terme: ○ Variable expliquée : Coût total d'exploitation de l'hôpital ○ Variables explicatives : ▪ Le nombre de jours	• Présence d'économies d'échelle Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne en	• Les hôpitaux privés à but lucratifs ont des coûts moins élevés que les hôpitaux à but non lucratif. • Pas de preuve de présence d'économie de gamme

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
			- d'hospitalisation - Le nombre de visites pour des soins ambulatoires - Salaires (salaires des personnels médicaux pour sept postes de dépenses dans le cadre de la production de soins comme par exemple la chirurgie, la radiologie, salaires du personnel administratif et autres), - Le prix du capital (somme de l'amortissement, crédit-bail et loyers divisée par la surface) - Autres variables : casemix, lits, situation géographique, statut juridique	moyenne sur les cinq années une hausse des coûts d'exploitations de 0,62%.	
2006	Smet	Belgique	187 hôpitaux généraux belges pour l'année 1997 - Modèle fonction de coût de long-terme: - Variable expliquée : Coût total; Coût total d'exploitation de l'hôpital - Variables explicatives : - Nombre de jours d'hospitalisation pour 9 catégories de traitement : maternité, chirurgie, soins intensifs, psychiatrie... - Les salaires sont supposés identiques pour l'ensemble des hôpitaux et sont donc exclus de l'analyse - Le prix du capital (somme de	Présence de déséconomie d'échelle Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne une hausse des coûts de 1,15%	- Le coût marginal pour un séjour en soins spécialisés 4,6 fois plus élevé que celui en chirurgie. - Le coût marginal pour un séjour en soins psychiatrique est 2,3 fois plus élevé que celui en chirurgie. - Économie de gamme entre médecine interne et soins chirurgicaux, soins chirurgicaux et soins spécialisés

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
			l'amortissement, crédit-bail et loyers divisée par la surface) Autres variables : enseignement, taux d'occupation, indicateur de temps d'attente		
2008	Cohen et Paul	États-Unis	93 hôpitaux de l'Etat de Washington pour les années 1997 à 2002 - Modèle fonction de coût : - Variable expliquée : Coût total; Coût total d'exploitation de l'hôpital - Variables explicatives : - Le nombre de jours d'hospitalisation - Le nombre de visites pour des soins ambulatoires - Salaires (salaires des personnels médicaux pour sept postes de dépenses dans le cadre de la production de soins comme par exemple la chirurgie, la radiologie, salaires du personnel administratif et autres), - Le prix du capital (somme de l'amortissement, crédit-bail et loyers divisée par la surface) - Autres variables : casemix, lits, situation géographique, statut juridique	- Présence d'économies d'échelle Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne en moyenne sur les cinq années une hausse des coûts de 0,68%. - L'élasticité des coûts au volume de soins ambulatoires est très faible (0.007). - L'élasticité des coûts au volume de soins hospitaliers s'élève à 0,67.	Pas de preuve de la présence d'économie de gamme
2010	Cohen, Gerrish et Galvin	États-Unis	30 hôpitaux de l'Etat du Connecticut pour les années 2006 à 2008	Présence de déséconomies d'échelle	

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
			- Modèle fonction de coût : - Variable expliquée : Coût total; Coût total variable de l'hôpital - Variables explicatives : - Le nombre de jours d'hospitalisation - Le nombre de visites pour des soins ambulatoires - Salaires (salaires des personnels médicaux pour sept postes de dépenses dans le cadre de la production de soins comme par exemple la chirurgie, la radiologie, salaires du personnel administratif et autres), - Le prix du capital (somme de l'amortissement, crédit-bail et loyers divisée par la surface) - Autres variables : casemix, situation géographique	Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne en moyenne sur les cinq années une hausse des coûts de 2,27%. - L'élasticité des coûts au volume de soins ambulatoires est très faible (0.038). - L'élasticité des coûts au volume de soins hospitaliers s'élève à 2,23.	
2011	Cohen et Paul	États-Unis	17 hôpitaux de l'Etat de Washington prodiguant des soins contre l'addiction ou l'excès de consommation de drogue - Modèle fonction de coût : - Variable expliquée : Coût total; Coût total variable de l'hôpital pour le traitement de l'addiction - Variables explicatives : - Le nombre de jours d'hospitalisation - Le nombre de visites pour des	Présence d'économies d'échelle dans les hôpitaux qui ne traitent que les patients par des soins hospitaliers Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne en moyenne sur les cinq années	Les hôpitaux qui offrent des soins hospitaliers et ambulatoires pour traiter les addictions ont des coûts plus élevés que les hôpitaux spécialisés dans un seul type de traitement (hospitalier ou ambulatoire)

Date	Auteurs	Pays	Données et variables	Résultats principaux	Autres résultats
			soins ambulatoires ▪ Salaires (salaires des personnels destinés aux soins hospitaliers et salaires des personnels destinés aux soins ambulatoires), ▪ Le prix du capital (somme de l'amortissement, crédit-bail et loyers divisée par la surface) ▪ Autres variables : situation géographique, statut juridique	une hausse des coûts de 0,75%. • Présence d'économies d'échelle dans les hôpitaux qui traitent les patients par des soins hospitaliers ou ambulatoires. Une augmentation de 1% de l'activité dans les cinq catégories de diagnostics en gardant constant les infrastructures entraîne en moyenne sur les cinq années une hausse des coûts de 0,95%.	

PHASE 2 : PANORAMA DES MODES DE PAIEMENTS DES HÔPITAUX DANS LES PAYS DE L'OCDE

Introduction

35. Dans les pays de l'OCDE, quatre types de paiements principaux sont utilisés pour rémunérer les hôpitaux : le paiement à l'activité, le budget global, le remboursement par postes de coûts⁴, le paiement à l'acte (voir encadré 1 pour la définition de ces mécanismes). À chacun de ces systèmes de paiement sont associés des effets pervers en termes d'activités et d'impact sur la qualité de soins notamment (Euro Observer, 2010)

36. Afin de pallier certains effets pervers du paiement à l'activité comme la multiplication des actes parfois non pertinents (Ellis et *al.*, 1993), des mécanismes de dégressivité tarifaire ont été mis en place dans quelques pays de l'OCDE. Ces mécanismes permettent au-delà d'un certain volume de l'activité hospitalière prédéfini de réduire le paiement associé à un traitement. En pratique, dans le cadre du paiement à l'activité, pour chaque cas traité est associé un prix implicite ou explicite qui est fonction en général au coût moyen de production du traitement dans un échantillon d'hôpitaux. Dans les pays où a été instaurée la dégressivité tarifaire, au-delà d'un certain niveau d'activité de l'hôpital, le payeur ne s'acquitte plus que d'une part de ce prix pour le traitement.

37. Deux types d'arguments sont avancés pour justifier ce type de mécanisme. Au niveau économique, la présence d'économies d'échelle au sein du secteur hospitalier permettrait de réduire le coût marginal de production d'un traitement ce qui justifierait un paiement moins élevé que le coût moyen du traitement à partir d'un certain niveau d'activité. Les paiements précédant la limite de volume d'activité prédéfinie devraient avoir permis à l'hôpital de couvrir ses coûts fixes de production (immobiliers, dépréciations, services administratifs...). Au niveau de la qualité des soins, la multiplication des actes liée au paiement à l'activité peut entraîner la réalisation de traitements non pertinents. La dégressivité tarifaire permettrait d'inciter à un plus grand contrôle de l'activité au sein des hôpitaux.

38. Dans un contexte de tension accrue sur les finances publiques, la dégressivité tarifaire peut, par ailleurs, apparaître comme un mécanisme susceptible de contenir la croissance de la dépense hospitalière. Cette dernière⁵ représente 29% des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Dans certains pays comme la France, la Grèce, l'Autriche, les dépenses hospitalières s'élèvent à plus du tiers des dépenses de santé. Dans ce contexte, la maîtrise des dépenses hospitalières constitue un enjeu majeur pour la régulation de la dépense de soins. La mise en place du paiement à l'activité a notamment permis d'inciter les hôpitaux à une plus grande efficacité productive mais coïncide avec un accroissement de l'activité qui suscite des interrogations. L'utilisation de la dégressivité tarifaire peut donc être également envisagée comme un moyen de contrôler les volumes de production hospitaliers.

⁴ *line-item budgeting* en anglais

⁵ Y compris les soins de jour

39. Cette étude cherche à identifier et caractériser les systèmes de dégressivité tarifaire en vigueur dans les pays de l'OCDE. Dans un premier temps, la description des caractéristiques principales du secteur hospitalier dans les pays de l'OCDE permettra de juger de la diversité des contextes dans lesquels s'applique la dégressivité tarifaire. Ensuite, un panorama des modes de financement des hôpitaux établira la liste des pays utilisant le paiement à l'activité comme système de rémunération principal de leurs hôpitaux. Une rapide description de ces systèmes rendra compte de leur diversité. Enfin, seront brièvement décrits les mécanismes de dégressivité tarifaire observés dans six pays de l'OCDE (Allemagne, Australie, Hongrie, Israël, l'État du Maryland et la République tchèque).

Les caractéristiques principales du secteur hospitalier dans les pays de l'OCDE

40. Le panorama rapide du secteur hospitalier présenté ci-dessous vise à remettre dans son contexte l'utilisation du paiement à l'activité et de la dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE. Il décrit les niveaux de dépenses hospitalières dans les pays de l'OCDE ainsi que les caractéristiques de l'offre de soins et de l'activité hospitalière.

Les dépenses de soins hospitaliers, en ralentissement, représentent en moyenne 29% des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

41. Les dépenses de soins hospitaliers⁶ y compris les soins de jours représentent en moyenne 3,5% du Produit Intérieur Brut (PIB) dans les pays de l'OCDE en 2011⁷. La France présente la part la plus élevée (5% du PIB). Viennent ensuite la Belgique (4,5%), l'Autriche (4,4%), la Norvège (4,3%), l'Islande (4,3%), le Danemark (4,1%) et l'Allemagne (4%).

42. Parallèlement, la dépense par habitant de soins hospitaliers varie de 96 à 2600 \$ PPA⁸ en 2011 et s'élève à 1821 \$US PPA en France (graphique 2.1). La France est le troisième pays pour les dépenses de santé dans le PIB, dixième pour les dépenses de santé par tête et cinquième pour les dépenses de soins curatifs, de réhabilitation et de longue durée en milieu hospitalier loin derrière la Norvège, la Suisse, les Pays-Bas et les États-Unis. La dépense par tête pour ces soins hospitaliers en France est moins élevée de 42% par rapport à la Norvège, 41% par rapport à la Suisse, 33% par rapport aux Pays-Bas. La dépense par tête en France est cependant plus élevée de presque 10% par rapport à l'Allemagne⁹.

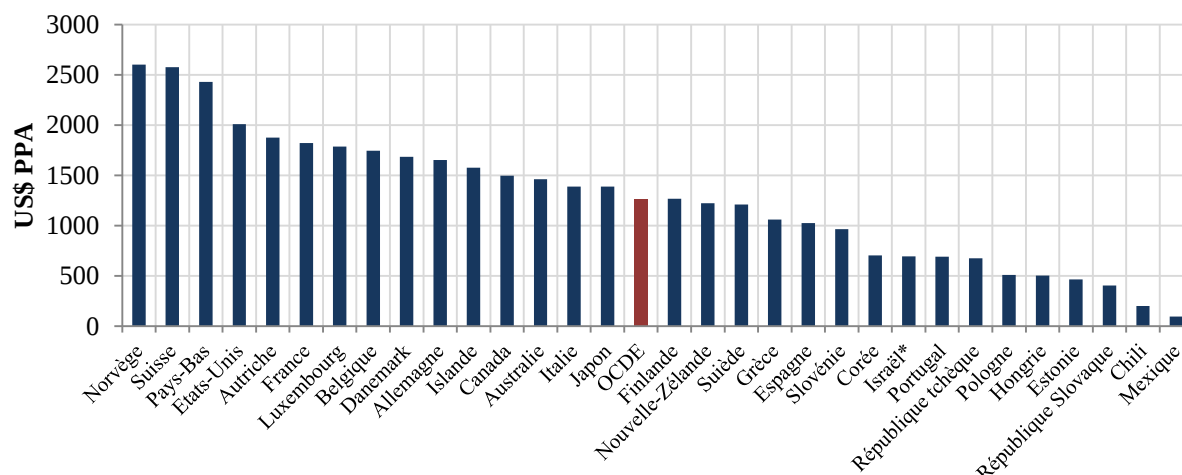
⁶ Cette expression désigne ici le poste « dépense de soins curatifs, de réhabilitation et de longue durée en milieu hospitalier », y compris les séjours d'un jour. Il n'inclut pas les consultations externes.

⁷ Source : OECD health database, 2013

⁸ Parité de Pouvoir d'Achat, pour plus de détails se référer à <http://www.oecd.org/std/prices-ppp/eurostat-oecdmethodologicalmanualonpurchasingpowerparitiesppps.htm>

⁹ Le Royaume-Uni et l'Italie ne fournissent pas les dépenses par fonction.

Graphique 2.1 : Dépense par habitant pour les soins aux patients hospitalisés en 2011 (ou année la plus proche)

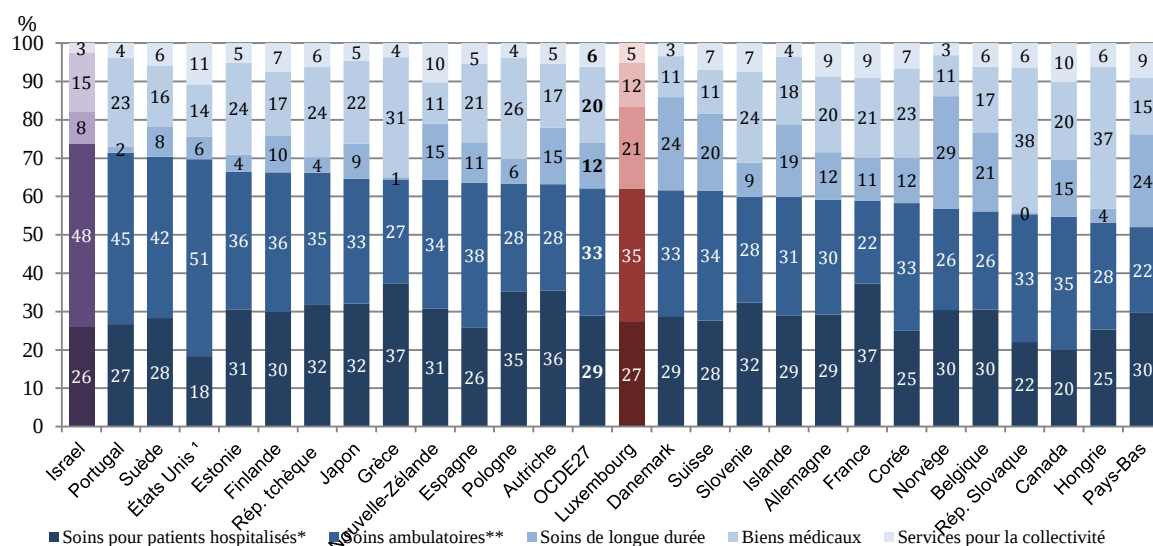


*Données disponibles en 2010

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

43. Les dépenses au titre des soins hospitaliers et ambulatoires représentent une part importante des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE : environ 62 % en moyenne des dépenses de santé courantes en 2011 (graphique 2.2). 20 % des dépenses de santé concernent les produits médicaux (principalement les médicaments, qui constituent 17 % du total), 12 % les soins de longue durée et les 6 % restants les services collectifs, comme les programmes de santé publique, la prévention et les dépenses d'administration.

Graphique 2.2 : Structure des dépenses courante de santé en 2011 (ou année la plus proche)



* Soins curatifs et soins de suite et réadaptation aux patients hospitalisés, y compris hospitalisation de jour.

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

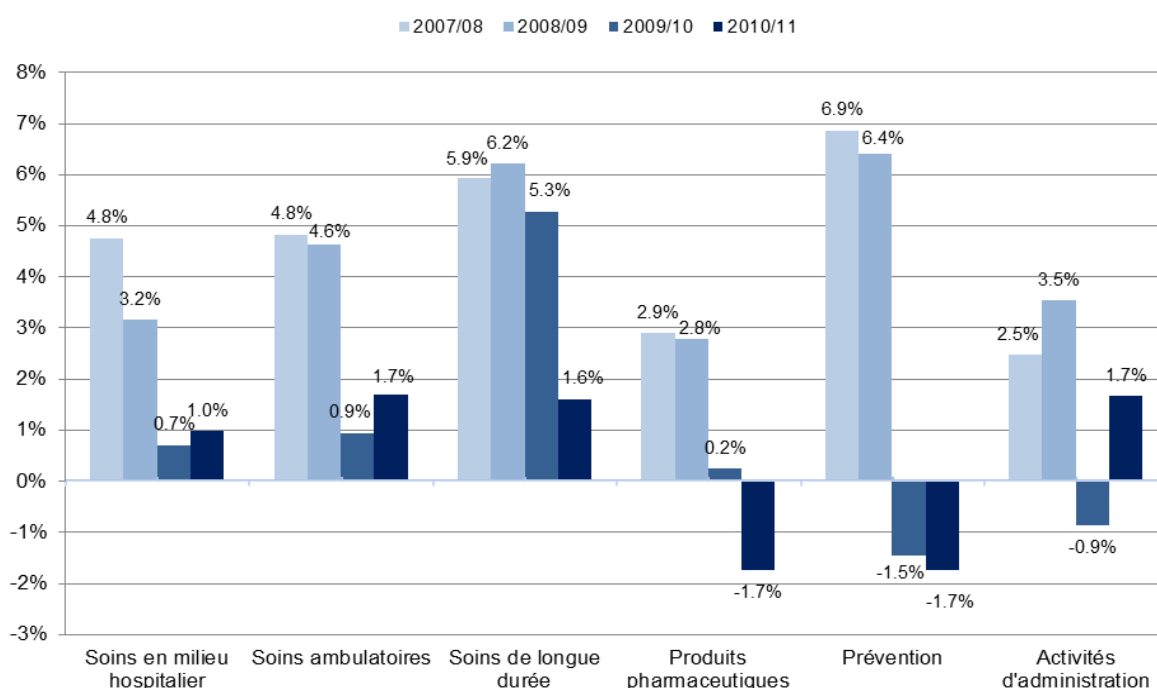
1. Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

44. Les dépenses consacrées aux soins hospitaliers (y compris les soins de jour) constituent le poste principal de dépenses dans de nombreux pays de l'OCDE, dont la France et la Grèce, où elles représentent 37 % du total soit 8 points de pourcentage au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE et de l'Allemagne. C'est aux États-Unis que la part des soins ambulatoires est la plus élevée (celle des soins hospitaliers étant par conséquent la plus faible), mais il convient de noter que les chiffres des dépenses ambulatoires aux États-Unis englobent les rémunérations des médecins qui facturent de manière indépendante leurs prestations en milieu hospitalier.

45. Tout en restant positifs, les taux de croissance des dépenses consacrées aux soins hospitaliers ont accusé une baisse sensible en 2010 et 2011 par rapport à 2008 et 2009 en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 2.3). De nombreux pays ont adopté des mesures visant à freiner les dépenses publiques liées à ces fonctions : baisse des salaires des professionnels de santé, réduction des effectifs, diminution de la rémunération des prestataires de santé et accroissement de la part payée par les patients afin d'alléger les pressions budgétaires (Morgan et Astolfi, 2013).

Graphique 2.3 : Variation des dépenses de santé par fonction en termes réels, moyenne des pays OCDE, 2008 à 2011

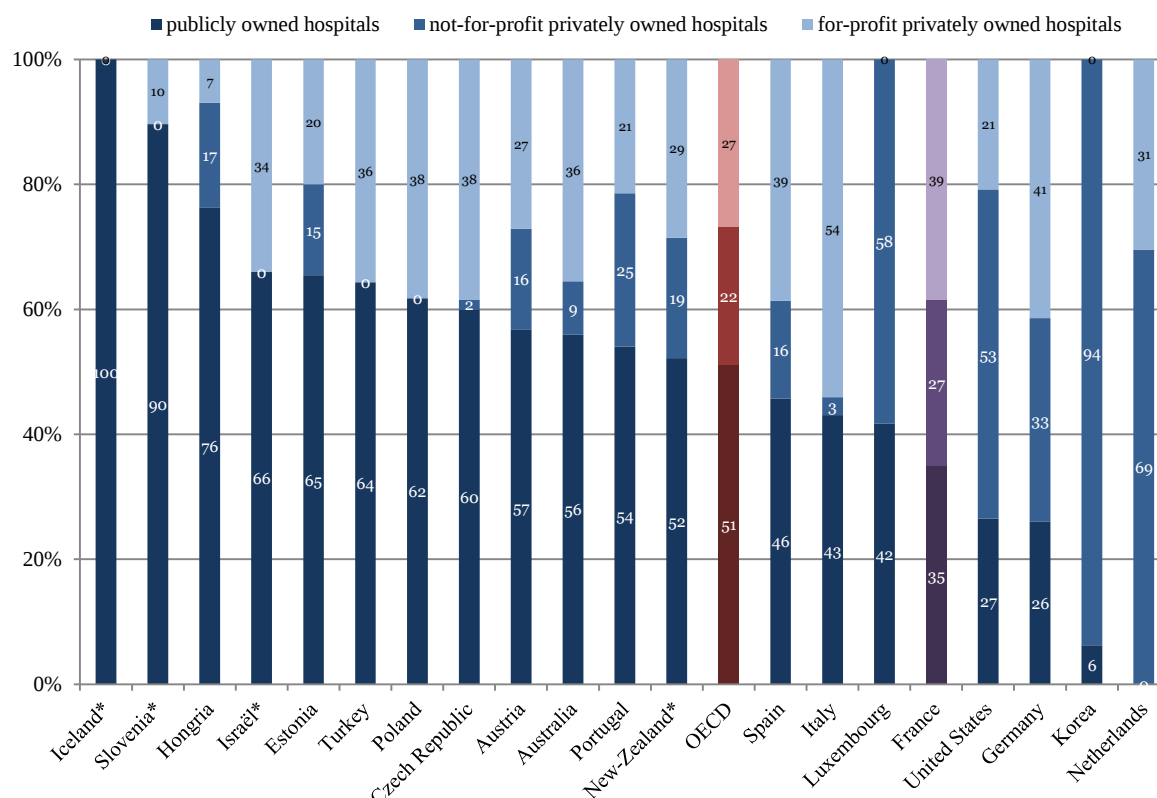


Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

Une offre hospitalière majoritairement publique dans les pays de l'OCDE

46. Dans 8 pays de l'OCDE (Espagne, Italie, Luxembourg, France, États-Unis, Allemagne, Corée, Pays-Bas), au moins la moitié des établissements hospitaliers sont privés (graphique 2.4). En moyenne dans les pays de l'OCDE, 51% des hôpitaux sont publics, 22% sont des hôpitaux privés à but non lucratif et 27% des hôpitaux sont privés à but lucratif. Les hôpitaux privés à but non lucratif représentent la majeure partie des établissements privés aux États-Unis, en Corée, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Au contraire, en Espagne en Italie, en France, en Allemagne, les hôpitaux privés à but lucratif représentent la majeure partie de l'offre hospitalière privée en termes d'établissement.

Graphique 2.4 : Répartition des établissements selon leur statut juridique en 2011 (ou année la plus proche)



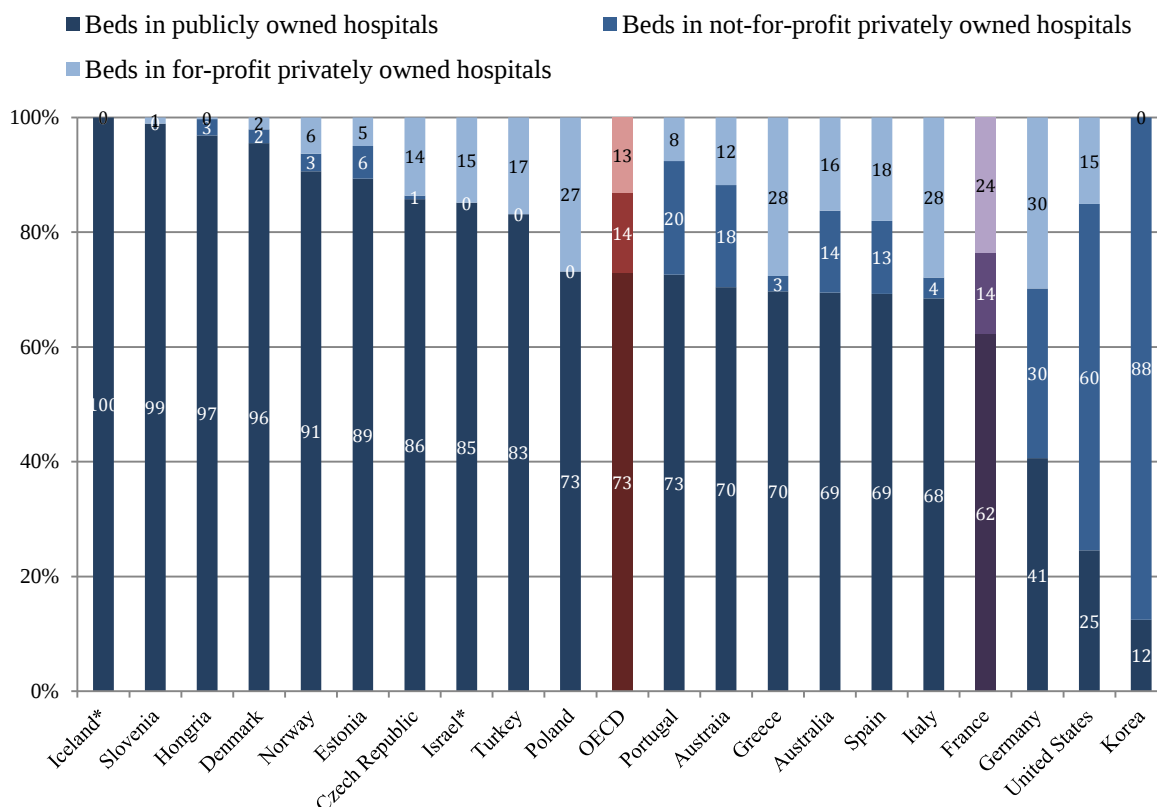
Champs : Ensemble des hôpitaux (généralistes, psychiatriques et autres établissements spécialisés)

* Données disponibles pour l'année 2012

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

47. Si le secteur privé représente une forte part de l'offre en termes d'établissements, les hôpitaux publics représentent la majorité de l'offre de lits dans une grande partie des pays de l'OCDE (graphique 2.5). Ainsi, en moyenne dans les pays de l'OCDE, les lits dans les hôpitaux publics représentent 73% de l'offre de lits contre 14% pour le secteur privé à but non lucratif et 13% dans le secteur privé à but lucratif. La taille des hôpitaux publics est en moyenne plus élevée que celle des hôpitaux privés. Par exemple, en France, alors que les hôpitaux privés représentent 65% des établissements, la part des lits privés dans l'offre de lit totale n'est que de 38%. Seuls l'Allemagne, les États-Unis et la Corée ont une offre de lits privés supérieure à celle de lits publics. En Allemagne 41% des lits sont publics, 29% sont privés à but non lucratif et 30% sont privés à but lucratif.

Graphique 2.5 : Répartition des lits selon le statut juridique des hôpitaux en 2011 (ou année la plus proche)



Champs : Ensemble des hôpitaux

* Données disponibles pour l'année 2012

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

Caractéristiques principales de l'activité hospitalière dans les pays de l'OCDE

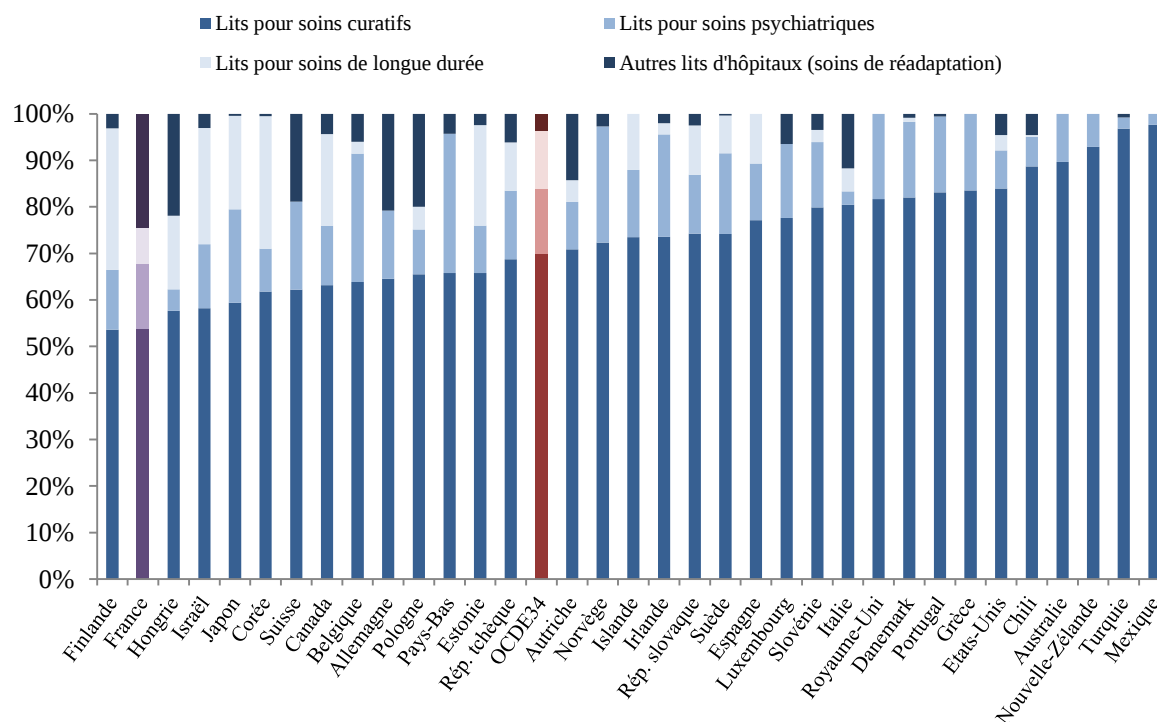
Une activité hospitalière largement tournée vers les soins curatifs

48. En moyenne dans les pays de l'OCDE, plus de deux tiers (70 %) des lits d'hôpital sont affectés aux soins curatifs. Le reste des lits est affecté aux soins psychiatriques (14 %), aux soins de longue durée (12 %) et à d'autres types de soins (4 %) (graphique 2.6). Dans certains pays, la proportion des lits affectés aux soins psychiatriques et aux soins de longue durée est toutefois bien supérieure à cette moyenne. En Finlande, 30 % des lits d'hôpital sont affectés aux soins de longue durée car les collectivités locales utilisent des lits d'hôpital pour certains soins de longue durée normalement dispensés en institution. En Belgique et aux Pays-Bas, près de 30 % des lits d'hôpital sont affectés aux soins psychiatriques.

49. La France, la Suisse, l'Allemagne, la Pologne et l'Allemagne présentent une forte part de lits pour les soins de réadaptation ce qui rend leur activité hospitalière atypique par rapport aux autres pays de l'OCDE. La France, par exemple, ne consacre qu'un peu plus de 50% de ses lits aux soins curatifs contre 70% dans les pays de l'OCDE et plus de 20% de ses lits pour les soins de réadaptation contre 4% uniquement en moyenne dans les pays de l'OCDE. Cette caractéristique du secteur hospitalier français peut notamment contribuer à expliquer, une durée moyenne de séjour plus élevée en France que dans les

pays de l'OCDE. Ainsi, la durée moyenne de séjour¹⁰ en France est de 9,2 jours contre 8 jours en moyenne dans les pays de l'OCDE. Elle est cependant proche des pays comme l'Allemagne (9,3 jours) et la Suisse (9,3 jours).

Graphique 2.6 : Lits d'hôpitaux par type de soins, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

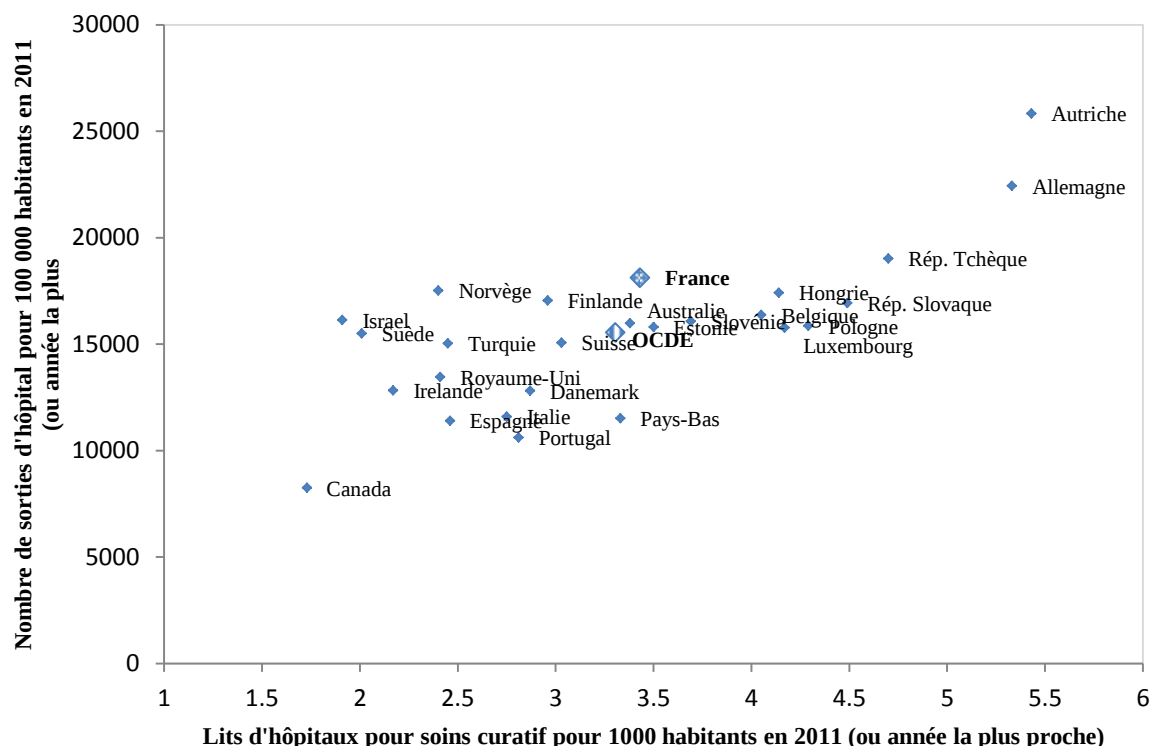
Une corrélation positive entre le nombre de lits d'hôpitaux et le nombre d'admissions

50. Le nombre de lits d'hôpital¹¹ par habitant a légèrement diminué au cours des dix dernières années dans la plupart des pays de l'OCDE, passant de 5.6 pour 1 000 habitants en 2000 à 5.0 en 2011 (OCDE, 2013). Cette diminution résulte, du moins en partie, des progrès des technologies médicales qui ont permis d'évoluer vers la chirurgie ambulatoire et ont réduit la nécessité de l'hospitalisation ainsi que les durées moyennes de séjour. La fermeture des lits d'hôpital s'est accompagnée dans un grand nombre de pays d'une diminution des sorties d'hôpitaux et de la durée moyenne de séjour (OCDE, 2013). La corrélation positive du nombre de lits sur l'activité hospitalière s'observe également lorsque l'on met au regard le nombre de lits d'hôpitaux pour soins curatifs et le nombre de sorties d'hôpital pour soins curatifs dans les pays de l'OCDE (graphique 2.7).

¹⁰ Les données prennent en compte la totalité des hospitalisations (pas uniquement les soins curatifs/aigus) pour un plus grand nombre de pays, à l'exception du Canada, du Japon et des Pays-Bas pour lesquels les données font toujours référence aux seuls soins curatifs/aigus (entraînant une sous-estimation). Plus spécifiquement pour la France, la durée moyenne de séjour est calculée à partir du nombre total de jours effectués dans tous les services (court terme, soins de réadaptation, psychiatriques et soins de longue durée) dans tous les hôpitaux, appliqué au nombre total d'admissions dans tous les hôpitaux de l'année considérée.

¹¹ On entend par lits d'hôpital tous les lits régulièrement ouverts et dotés en personnel qui sont immédiatement disponibles. Ces lits comprennent ceux dans les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et autres hôpitaux spécialisés mais ne prennent pas en compte les lits dans les établissements de soins de longue durée.

Graphique 2.7 : Relation entre le nombre de lits disponibles pour les soins curatifs dans un pays et l'activité hospitalière mesurée en termes de nombre de sorties d'hôpital pour les soins curatifs



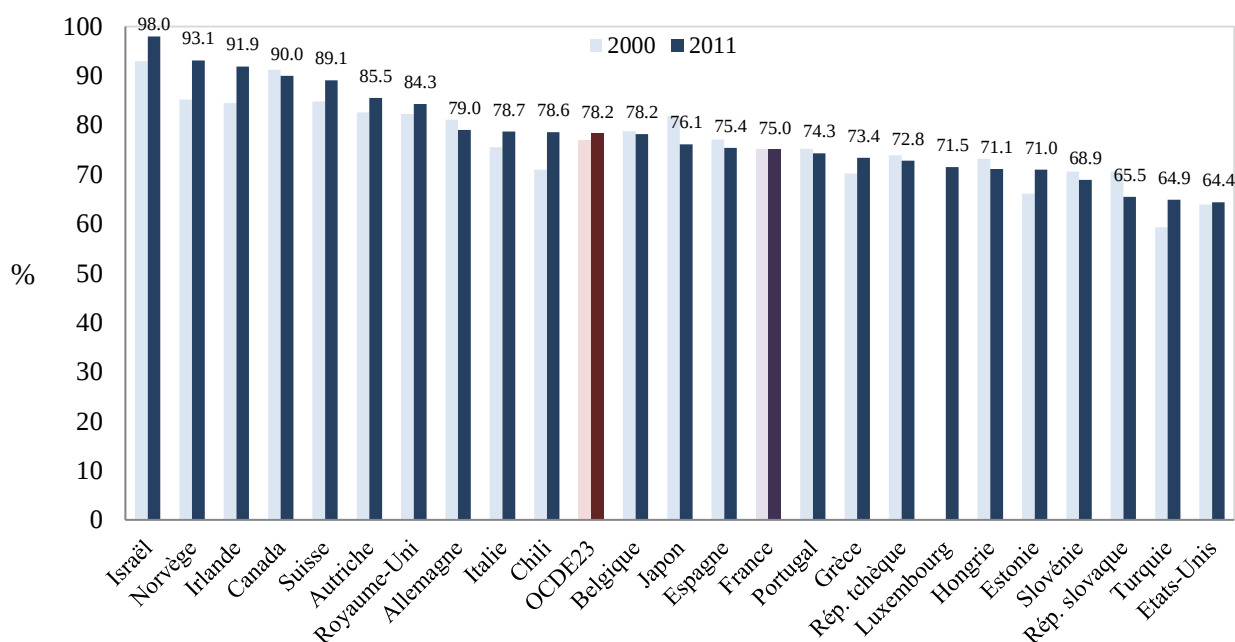
Note : Hors Japon

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

51. Dans un certain nombre de pays, la réduction du nombre de lits d'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur taux d'occupation (graphique 2.8). En 2011, le taux d'occupation des lits de soins curatifs (aigus) s'établissait à 78 % en moyenne dans les pays de l'OCDE, un niveau légèrement supérieur à celui de 2000. Israël détient le taux d'occupation le plus élevé avec 98 %, suivi de la Norvège et l'Irlande, avec plus de 90 % également. Ce taux est supérieur au niveau fixé à 85 % par certains pays (par exemple le Royaume-Uni) comme étant le seuil limite garantissant des hospitalisations en toute sécurité. Ces trois pays qui ont un taux d'occupation très élevé ont un nombre de lits inférieur à la moyenne de l'OCDE. La France (75%) et l'Espagne (75,4%) ont un taux d'occupation plus faible que la moyenne des pays de l'OCDE proche de ceux du Japon (76,1%) et du Portugal (74,3%). Les États-Unis présentent le plus faible taux d'occupation des pays de l'OCDE (64,4%).

52. Le nombre de lits important permet une accessibilité aux soins hospitaliers qui est accentuée par un taux d'occupation des lits de soins curatifs inférieur à la moyenne de l'OCDE. Ainsi en France, au même titre qu'en Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Autriche et Suisse (pays où est en place un système d'assurance maladie), le temps d'attente semble faible ce qui permet également une accessibilité simplifiée aux services hospitaliers (Siciliani, 2013). Parallèlement, un nombre important de pays jouissant d'un système national de santé et qui présente une dépense au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE souffrent de temps d'attente pour avoir accès aux services hospitaliers (Siciliani, 2013).

Graphique 2.8 : Taux d'occupation des lits pour soins curatifs aigus, 2000 et 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

Les systèmes de paiement des hôpitaux dans les pays de l'OCDE

53. Après un rappel des caractéristiques des couvertures santé de base dans les pays de l'OCDE, sont présentées les différentes modalités de paiements des hôpitaux. Ensuite, sont décrites précisément les caractéristiques des systèmes de paiement à l'activité, cadre le plus fréquent de la mise en place de la dégressivité tarifaire.

Un financement majoritairement public des dépenses hospitalières

54. Deux sources de financement principales sont mobilisées dans les pays de l'OCDE en lien avec les caractéristiques du système de couverture des soins de santé (tableau 2.1). Les systèmes nationaux de santé comme au Royaume-Uni, en Australie, en Espagne et les systèmes locaux de santé comme en Finlande et en Suède sont financés principalement par l'impôt. Les systèmes d'assurance-maladie sont principalement financés via des cotisations sociales et reposent sur un payeur unique ou une multiplicité d'assureurs. La majeure partie des pays avec un système d'assurance maladie présente une multiplicité d'assureurs en concurrence, c'est à dire que l'assuré a le choix de son assureur (République Tchèque, Allemagne, Israël...). En France, Belgique, Autriche, Grèce et au Japon, l'affiliation de l'assuré est automatique par exemple en fonction de sa profession.

Tableau 2.1 : Couverture santé de base dans les pays de l'OCDE (pour le salarié adulte « type »)

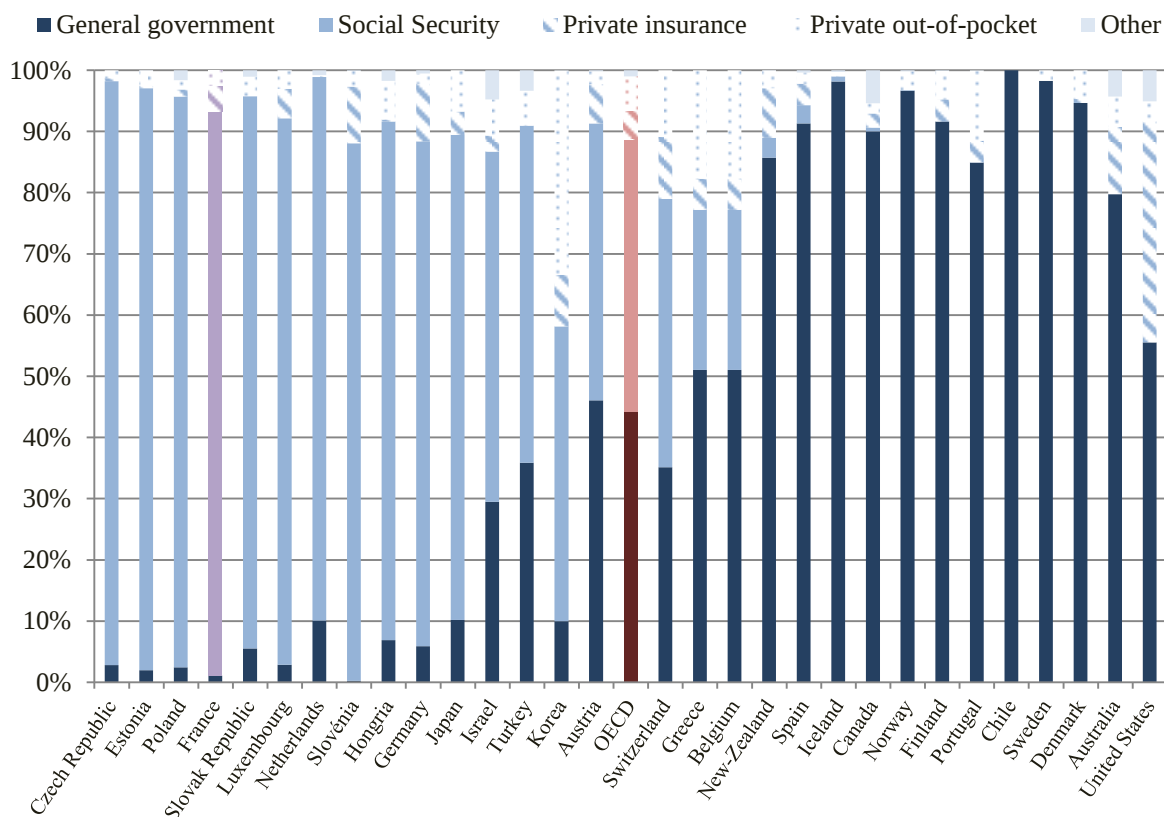
Principale source de couverture santé de base		Liste des pays
Système de santé financé par l'impôt	Système national de santé	Australie, Canada, Danemark, Hongrie, Islande, Irlande, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Portugal, Espagne, Royaume-Uni
	Système local de santé	Finlande, Suède
Système d'assurance-maladie	Payeur unique	Corée, Luxembourg, Pologne, Slovénie, Turquie, Grèce*
	Assureurs multiples avec affiliation automatique	Autriche, Belgique, France , Japon, Mexique
	Assureurs multiples avec choix de l'assureur	Chili, République tchèque, Allemagne, Israël, Pays-Bas, République slovaque, Suisse, États-Unis

* depuis 2012

Source : Édition 2012 de l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé

55. Si une diversité de systèmes d'assurance santé existe dans les pays de l'OCDE, des similitudes existent quant au financement des dépenses notamment hospitalières (graphique 2.9). Ainsi, les financements publics couvrent plus de 90% de ces dépenses dans deux tiers des pays de l'OCDE en 2011. Les assurances privées jouent donc un rôle marginal dans le financement des dépenses hospitalières dans les pays de l'OCDE sauf aux États-Unis où les assurances privées offrent une couverture de base à 53% de la population. Dans les autres pays, les assurances privées jouent principalement un rôle différent d'assurance complémentaire (France, Belgique, Slovénie, Luxembourg...) ou supplémentaire (Pays-Bas, Israël, Canada, Autriche, Suisse, Finlande...). Ainsi, les assurances privées couvrent 36% des dépenses hospitalières aux États-Unis contre 5% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Les restes à charge sont également faibles à l'hôpital puisqu'ils représentent 6% des dépenses hospitalières en moyenne dans les pays de l'OCDE contre 20% pour les dépenses totales de santé (OCDE, 2013).

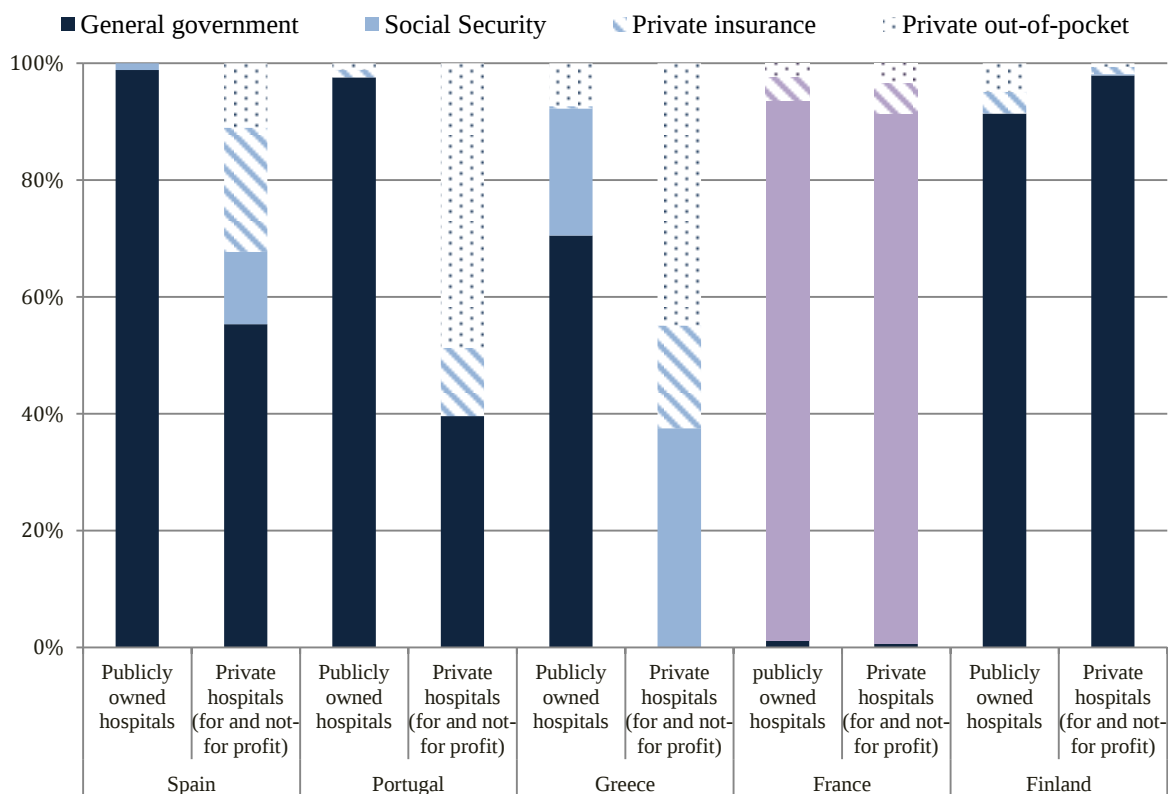
Graphique 2.9 : Structure de financement des dépenses hospitalières en 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

56. L'analyse de la structure de financement des hôpitaux publics et privés suggère que ces derniers jouent des rôles différents dans les pays de l'OCDE (graphique 2.10). En France, la structure de financement des hôpitaux publics et privés s'avère similaire ce qui signifie que les hôpitaux privés dispensent, au même titre que les hôpitaux publics, des soins pris en charge par l'assurance maladie. Le constat est identique pour la Finlande. En Espagne, au Portugal et en Grèce, les structures de financement sont différentes suggérant que les soins dispensés par les hôpitaux privés ne sont pas tous pris en charge par la couverture maladie de base. Ainsi, en France, le secteur public finance plus de 90% des dépenses hospitalières, que les soins hospitaliers prodigués aux patients soient délivrés dans un hôpital public ou un hôpital privé. Au contraire, en Espagne, 100% des dépenses en soins hospitaliers sont prises en charge par le secteur public dans les hôpitaux publics contre 66% dans les hôpitaux privés.

Graphique 2.10 : Structure de financement des hôpitaux publics et privées en 2011 (ou année la plus proche)



Note : Données non disponibles pour les autres pays de l'OCDE

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013

Une tendance pour le paiement à l'activité dans les systèmes d'assurance maladie

57. L'OCDE a réalisé en 2012 une enquête auprès de ses pays membres permettant l'étude des caractéristiques des systèmes de santé¹². Cette enquête décrit comment chaque pays organise la couverture de la population contre les risques liés à la santé et le financement des dépenses de santé. Elle dépeint l'organisation des soins, à travers le caractère public/privé de l'offre de soins, les modes de paiement des prestataires, le choix de l'utilisateur et la concurrence entre prestataires, ainsi que la régulation de l'offre et des prix. Finalement, elle donne une information sur la gouvernance et l'allocation des ressources dans les systèmes de santé (décentralisation, nature de la contrainte budgétaire et établissement des priorités). À partir des données de cette enquête recueillies en 2012, un panorama des modes de financement des hôpitaux dans les pays de l'OCDE a pu être réalisé.

¹² Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, No. 50, OECD Publishing.

Box 2.1 Définition des principaux modes de paiement des hôpitaux

Budget global

Montant total alloué à l'hôpital afin qu'il assure les activités anticipées durant l'année.

Budget par postes de coût

Le budget par poste de coûts suit le même principe que le budget global à l'exception que les montants alloués le sont pour chaque ligne de service au lieu de laisser l'établissement décider de leur répartition. La principale différence entre ces deux mécanismes d'allocation se situe au niveau de la liberté qu'il confère à l'établissement pour allouer les ressources selon les activités.

Paielement à l'activité

Le paiement à l'activité finance l'ensemble des services et fournitures requis dans le cadre d'un séjour hospitalier, c'est à dire du début d'une hospitalisation jusqu'à la sortie du patient de l'hôpital. Il responsabilise l'hôpital pour l'ensemble des coûts suscités par une hospitalisation donnée. Les tarifs qu'ils soient établis par un régulateur ou le payeur ou alors négociés entre le payeur et le prestataire sont liés aux coûts engendrés par les services offerts dans les structures. Il existe différentes façons de valoriser les séjours pour déterminer les tarifs (tableau ci-dessous). Première méthode, des poids relatifs permettent de classer les différents épisodes entre eux. Un taux de conversion monétaire qui est la valeur nominale du point est ensuite appliqué à ces poids. Deuxième méthode, un tarif brut est affecté à chaque épisode de soins. Des ajustements à ce tarif peuvent ensuite être appliqués au tarif brut afin de prendre en compte par exemple les spécificités liées au lieu d'exercice de l'hôpital, au statut de l'hôpital ou aux caractéristiques des patients traités.

Tableau : Approche pour la tarification des DRGs

	Poids du DRG	Conversion monétaire*	Ajustement	Tarif du DRG pour l'hôpital
Poids relatifs	1.95	2000 €		3900 €
Tarif brut	3 000 €		1.3	3900 €

* peut éventuellement être déterminée au niveau de chaque hôpital

Paielement à l'acte

Le paiement à l'acte finance l'ensemble des services et fournitures requis dans le cadre d'un acte pour un soin. Ce paiement est donc plus ciblé que le paiement à l'activité puisqu'il rémunère chaque acte dans le cadre d'un séjour. Les tarifs qu'ils soient établis par un régulateur ou le payeur ou alors négociés entre le payeur et le prestataire sont liés aux coûts générés pour les services offerts par les structures.

58. Les systèmes d'assurance maladie dans les pays de l'OCDE ont eu tendance à privilégier la mise en place de paiement à l'activité dans les hôpitaux (tableau 2.2). Ainsi, 70% des pays avec un système d'assurance maladie ont opté pour un paiement à l'activité des hôpitaux publics (14 sur 20). Les autres pays avec un système d'assurance maladie utilisent principalement un budget global (Belgique) ou le paiement à l'acte (Israël, Corée, République slovaque).

59. La majeure partie (70%, ou 14 pays sur 20) des systèmes d'assurance maladie rémunèrent les hôpitaux selon le même type de paiement quel que soit le statut juridique de l'hôpital (tableau 2.2). 8 pays sur les 13 utilisant un paiement à l'activité utilisent ce paiement pour l'ensemble de ses hôpitaux (Autriche, France, Allemagne, Japon, Pays-Bas, Pologne, Slovaquie, Suisse). L'utilisation d'un système de paiement unique permet une gestion plus efficace du système et de réaliser des économies d'échelle notamment en ce qui concerne le système d'information.

Tableau 2.2 : Mode prédominant de paiement des hôpitaux selon le statut juridique dans les systèmes d'assurance maladie en 2012

	Hôpital public	Hôpital privé à but non lucratif	Hôpital privé à but lucratif
Autriche	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
Belgique	Budget global	Budget global	Na
Chili	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Budget ligne par ligne
République tchèque	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
Estonie	Paie ment à l'activité		
France	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
Allemagne	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
Grèce	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'acte
Hongrie	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'acte
Israël	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte
Japon	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	na
Corée	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte	na
Luxembourg	Budget global	Budget global	na
México	Budget global	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte
Pays-Bas	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	na
Pologne	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
République Slovaque	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte
Slovénie	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
Suisse	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
États-Unis (Medicare)	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'acte

Source : Édition 2012 de l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé

60. Les systèmes nationaux de santé privilégient clairement le budget global comme système de paiement des hôpitaux (tableau 2.3). 70% (9 pays sur 13) des pays avec un système national de santé rémunère les hôpitaux publics à travers un budget global. Seuls trois pays (Australie, Finlande, Royaume-Uni) utilisent le paiement à l'activité pour rémunérer les hôpitaux publics dans le cadre des systèmes nationaux de santé. Certains pays comme la Suède, la Norvège et le Portugal utilisent le système de classification liée au paiement à l'activité pour la gestion budgétaire des hôpitaux mais rémunèrent leurs hôpitaux via un budget global. Le paiement à l'acte et par postes de coûts sont les deux autres systèmes de paiement utilisés plus marginalement dans les systèmes nationaux de santé.

Tableau 2.3 : Mode prédominant de paiement des hôpitaux selon le statut juridique dans les systèmes financés par l'impôt en 2012

	Hôpital Public	Hôpital Privé à but non lucratif	Hôpital Privé à but lucratif
Australie	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte
Canada	Budget global	Budget global	Budget global
Danemark	Budget global	n.a.	Paie ment à l'activité
Finlande	Paie ment à l'activité		
Islande	Budget global	n.a.	n.a.
Irlande	Budget global	Budget global	
Italie	Budget global	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'activité
Nouvelle-Zélande	Budget global	n.a.	n.a.
Norvège	Budget global	Budget global	DRG
Portugal	Budget global	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte
Espagne	Paie ment par postes de coûts	Budget global	
Suède	Budget global	Budget global	Budget global
Royaume-Uni	Paie ment à l'activité	Paie ment à l'acte	Paie ment à l'acte

Source : Édition 2012 de l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé

61. À l'inverse des systèmes d'assurance maladie, les modes de paiements des hôpitaux selon leur statut juridique diffèrent dans les systèmes nationaux de santé. Ainsi, seulement trois pays (Suède, Irlande, Canada) utilisent un budget global pour la rémunération des hôpitaux quel que soit le statut juridique de l'hôpital. Cette diversité des modes de paiements des hôpitaux par rapport aux systèmes d'assurance santé peut trouver son origine notamment dans le développement parallèle du secteur privé pour une catégorie de la population aisée à la marge du secteur public gratuit et accessible à tous dans les systèmes nationaux de santé.

Caractérisation des systèmes de paiement à l'activité

62. Afin d'appréhender plus finement les caractéristiques du paiement à l'activité dans les pays de l'OCDE, pour chaque pays a été analysé la date de mise en place du paiement à l'activité, le système de classification retenu, le nombre de groupe de homogène de séjours et la périodicité des révisions du système de paiement (tableau 2.4). La dégressivité tarifaire complétant les systèmes de paiement à l'activité, cette analyse permet de situer dans quel cadre celle-ci s'applique dans les pays de l'OCDE.

Tableau 2.4 : Historique et caractéristiques principales des systèmes de classification des séjours mis en place dans les pays de l'OCDE

	Date de la mise en place du paiement à l'activité	Système de classification	Nombre de groupes	Révisions
Allemagne	2003	G-DRG 2012	1193	Annuellement
Autriche	1997	Katalog medizinischer Einzelleistungen/MEL pour les actes	1004	Ajustement à la marge tous les ans et une révision complète tous les 7 ans
États-Unis (Medicare)	1983	MSDRG's	~2400	Annuellement
France	2005	GHM	~2500	Annuellement
Pays-Bas	2005	DBC	~30 000*	Irrégulièrement
Rep. Tchèque	2009	Adjusted IR DRG	1046	Annuellement
Slovénie	2003	ICD-10-AM (AR-DRG V 4.2)	653	Des modifications mineures annuelles
Suisse	2012	Swiss DRG 1.0	991	Annuellement
Australie	2003 et à partir de 2012 au niveau national	AR-DRG Classification (Version 6.0)	698	Entre une et deux années
Chili	2003	Valued benefit program	Na	Annuellement
Danemark	2004	DKDRG 2012	717	Annuellement
Finlande	1997	Nord-DRG	500 hospitalisation complète, ~900 y.c. hosp. partielle	Annuellement
Grande-Bretagne	2003 (partiellement)	HRG v4	~1200	Annuellement
Italie	1995	DRG 24 v	538	Trois ans
Norvège	1997	Nord-DRG	870	Annuellement
Portugal	1984	AP-DRG v21	669	Irrégulier
Suède	1995	Nord-DRG	983 (hospitalisation complète et partielle) in and outpatient, day cases)	Annuellement

Note : La ligne bleue permet de distinguer les systèmes d'assurance santé (partie supérieure) et les systèmes nationaux de santé (partie inférieure). Les Pays-Bas sont en train de réformer leur système de paiement et la classification associée (KCE, 2013).

Source : Édition 2012 de l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé

63. Les États-Unis sont le premier pays à avoir mis en place un système de classification lié au paiement à l'activité pour ses hôpitaux dans le cadre de son programme Medicare (programme destiné aux patients de 65 ans et plus). Le développement de l'utilisation de ce système de classification des patients s'est accéléré dans les pays de l'OCDE dans les années 2000 notamment avec le perfectionnement des technologies de l'information. Ainsi 13 pays de l'OCDE ont mis en place ce système dans les années 2000 sur 21 pays l'utilisant actuellement et pour lesquels l'information est disponible.

64. Trois types de pays de l'OCDE peuvent être identifiés dans la façon dont ils ont adopté leur système de classification des patients pour le paiement à l'activité (Busse et *al.*, 2011). Certains pays comme le Portugal ont importé un système de classification d'un autre pays. Par exemple, l'Espagne et le Portugal ont mis en œuvre le système All-Patient DRG (AP- DRG) qui a été développé aux États-Unis. D'autres pays comme l'Allemagne ou l'Australie ont choisi d'utiliser comme base le système de

classification développé aux États-Unis afin de créer leurs propres systèmes de DRG. Ainsi l'Australie a créé l'Australian National - DRG (AN- DRG) et l'Allemagne a mis en œuvre le German-DRG (G-DRG). Enfin, d'autres pays ont décidé de créer leurs propres systèmes de classification des patients. Par exemple, les pays nordiques ont défini un système de DRG commun, adapté à chaque pays, qui est appelé le NordDRG. Le Royaume-Uni, l'Autriche, les Pays-Bas et la France ont décidé de développer leur propre système de classification des patients.

65. Au sein des systèmes de classifications, le nombre de groupes de séjours ou de patients diffère. Alors que le nombre de groupes atteint 526 dans le système de classification des patients utilisé par la Pologne, il atteint environ 2500 groupes dans le système de classification français. Pour autant, la différence du nombre de groupes dans certains pays ne reflètent pas une approche dans les faits différente. Par exemple en Australie, on compte environ 700 groupes contre environ 2500 en France. Cette différence ne relève que d'une façon différente de traiter la sévérité des cas traités. En France, la sévérité, notamment en fonction de l'âge du patient ou de la présence de comorbidités, est prise en compte pour créer un groupe distinct. En Australie, la sévérité, qui est approximée par la durée de séjour, est prise en compte par l'application de tarifs différents au sein d'un même groupe. Par conséquent, le nombre de groupe est moins élevé en Australie sans pour autant couvrir moins de cas notamment en ce qui concerne la sévérité des pathologies qu'en France.

Champ du paiement à l'activité

66. Une grande majorité de pays de l'OCDE ne prend pas en compte les activités de formation ou d'enseignement dans le calcul des paiements à l'activité (tableau 2.5). La rémunération des hôpitaux pour ces activités se fait le plus souvent via une enveloppe globale versée à l'établissement. Lorsque le paiement à l'activité est utilisé dans des hôpitaux de statuts juridiques différents, la même règle s'applique pour l'ensemble des hôpitaux sauf aux États-Unis pour le programme Medicare où les activités d'enseignement et de formation ne sont pas prises en compte dans le calcul du paiement à l'activité dans les hôpitaux privés à but non lucratif mais sont prises en compte dans les hôpitaux privés à but lucratif et publics.

67. En ce qui concerne la prise en compte du capital, il semble qu'une partie importante des paiements à l'activité prennent en compte le capital dans le calcul des tarifs (Pays-Bas, France, Suisse, États-Unis, Danemark, Finlande, Italie, Royaume-Uni...). La même règle s'applique pour la prise en compte du capital dans le paiement à l'activité quel que soit le statut juridique de l'hôpital.

68. La plupart des pays de l'OCDE utilisant le paiement à l'activité inclut la rémunération des médecins dans le calcul des tarifs par cas (tableau 2.6). La France présente à ce titre une exception. La rémunération des médecins est incluse dans le tarif calculé pour les hôpitaux publics ce qui n'est pas le cas dans les hôpitaux privés à but lucratif, où les honoraires sont facturés séparément. L'Allemagne, elle, ne prend pas en compte les honoraires des spécialistes libéraux pratiquant en ville mais ayant une autorisation à opérer à l'hôpital pour le calcul des tarifs. Dans ce cas, l'hôpital est rémunéré pour l'épisode de soins du patient et le spécialiste peut facturer au patient des honoraires pour l'opération effectuée.

69. Enfin, les mécanismes de paiement à l'activité recouvrent dans la majeure partie des pays de l'OCDE les soins de jours. Le constat est plus contrasté pour les médicaments coûteux et les dispositifs médicaux onéreux (tableau 2.6). Pour les médicaments coûteux, seuls 8 pays sur les 23 pour lesquels les informations sont disponibles et dont le paiement à l'activité est le principal mode de paiement des hôpitaux incluent les médicaments coûteux dans le calcul du tarif. Dans les autres pays, des paiements additionnels sont prévus soit pour l'ensemble des médicaments coûteux soit pour des médicaments spécifiques. Par exemple en Italie, la plupart des régions autorisent des paiements additionnels pour les médicaments contre le cancer. De même en Suède, certaines régions paient séparément certains médicaments coûteux. Pour les dispositifs médicaux onéreux, le constat est identique. La Pologne présente une spécificité par rapport aux pays qui incluent les dispositifs médicaux onéreux. Elle intègre dans le calcul du tarif le coût d'utilisation du dispositif mais pas le coût d'acquisition.

Tableau 2.5 : Prise en compte du capital et des activités de formation et d'enseignements dans le cadre du paiement à l'activité dans les pays de l'OCDE

	Paiement des hôpitaux			Prise en compte du capital			Prise en compte séparée de l'enseignement et de la formation		
	Hôpital public	Hôpital privé à but non lucratif	Hôpital privé à but lucratif	Hôpital public	Hôpital privé à but non lucratif	Hôpital privé à but lucratif	Hôpital public	Hôpital privé à but non lucratif	Hôpital privé à but lucratif
Autriche	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Chili	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	line-item remuneration	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
République tchèque	Budget global	Budget global	Budget global	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Estonie	Paiement à l'activité	n.a.	n.a.	Oui	--	--	Oui	--	--
France	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Allemagne	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Grèce	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Hongrie	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Israël	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Corée	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	n.a.	Oui	Oui	--	Non	Non	--
Luxembourg	Budget global	Budget global	n.a.	Non	Non	--	Oui	Oui	--
Pays-Bas	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	n.a.	Oui	Oui	--	Oui	Oui	--
Pologne	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui
Slovénie	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui	--	Oui	Oui	--
Suisse	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Etats-Unis	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
Australie	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Danemark	Budget global	n.a.	Paiement à l'activité	Oui	--	Oui	Non	--	Non
Finlande	Paiement à l'activité			Oui	--	--	Oui	--	--
Italie	Budget global	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Norvège	Budget global	Budget global	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
Royaume-Uni	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Source : Édition 2012 de l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé

Tableau 2.6 : Champs du paiement à l'activité pour certains services de santé dans les pays de l'OCDE

	Paiement des hôpitaux			Soins de jours inclus	Médicaments coûteux inclus	Dispositifs médicaux onéreux inclus	Paiements des médecins libéraux inclus
	Hôpital public	Hôpital privé à but non lucratif	Hôpital privé à but lucratif				
Autriche	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Oui	Oui
Belgique	Budget global	Budget global	n.a.	Non	Non	Non	Non
Chili	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement ligne par ligne	Non	Dans certains cas	Oui	Dans certains cas
République tchèque	Budget global	Budget global	Budget global	Oui	Oui, généralement	Oui, généralement	Oui
France	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui pour ceux qui requiert une hospitalisation	Non	Non	Hôpital public : oui Hôpital privé : Non
Allemagne	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Partiellement	Partiellement	Spécialiste exerçant en ville mais autorisé à pratiquer à l'hôpital: Non
Grèce	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Oui	Oui, généralement	Oui, généralement	Suppléants : oui Hôpital public : na Hôpital privé : Non
Hongrie	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Oui	Non	Non	Oui
Japon	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	n.a.	Non	Partiellement	Partiellement	Oui
Pays-Bas	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	n.a.	Oui	Partiellement	Non	Oui
Pologne	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Oui mais uniquement le coût d'utilisation et non d'achat	Oui
Slovénie	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Générallement. Une partie des soins prodigués dans les hôpitaux de jour sont rémunérés via une enveloppe globale	Non	Oui	Oui
Suisse	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Non	Oui	Oui, avec des exceptions	Oui
Etats-Unis	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Non	Oui	Oui	Non
Australie	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Non	Oui	Oui	Patient public : oui Patient privé : Non
Danemark	Budget global	n.a.	Paiement à l'activité	Oui	Oui	Oui	-
Finlande	Paiement à l'activité			Oui	Oui	Oui	-
Italie	Budget global	Paiement à l'activité	Paiement à l'activité	Oui	Oui, mais la plupart des régions autorisent des paiements additionnels pour plusieurs médicaments contre le cancer	Oui, mais certaines régions autorisent des paiements additionnels pour une liste régionale de dispositifs médicaux	Oui
Norvège	Budget global	Budget global	Paiement à l'activité	Oui	Dans certains cas	-	Non
Portugal	Budget global	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	-	Partiellement	-	Oui
Suède	Budget global	Budget global	Budget global	Oui	Certains sont exclus selon les régions	Certains sont exclus selon les régions	-
Royaume-Uni	Paiement à l'activité	Paiement à l'acte	Paiement à l'acte	Oui	Partiellement	Partiellement	

Source : Édition 2012 de l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé

Les mécanismes de dégressivité tarifaire dans 6 pays de l'OCDE¹³

70. Une analyse des paiements à l'activité dans les pays de l'OCDE a permis d'identifier six pays qui utilisent des mécanismes de dégressivité tarifaire (Allemagne, Australie, République tchèque, Hongrie, Israël, l'État du Maryland) c'est-à-dire un mécanisme qui vise à réduire les tarifs des établissements ayant dépassé un seuil d'activité. Ces mécanismes présentent un point commun dans l'ensemble des pays. Ils s'appliquent à l'ensemble de l'activité de l'hôpital et ne visent donc pas des types de soins particuliers. Ne sont présentés dans cette partie que les mécanismes de dégressivité tarifaire mis en œuvre. Le lecteur trouvera en annexe des fiches pays décrivant pour chacun des pays les caractéristiques de l'offre de soins, des détails sur le paiement des hôpitaux et une description des mécanismes de dégressivité tarifaire reprise dans cette partie.

Allemagne

71. En Allemagne, le paiement à l'activité s'applique aux hôpitaux publics et privés qu'ils soient à but lucratif ou non, selon la même grille tarifaire et ce quel que soit l'assureur du patient, public et privé. Il s'applique uniquement sur les soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) y compris l'hospitalisation de moins d'une journée.¹⁴ Des paiements additionnels sont versés pour l'utilisation de médicaments ou dispositifs médicaux coûteux et les traitements innovants.

72. Les tarifs des séjours incluent seulement et indirectement une partie de la dépréciation du capital. En effet, les investissements hospitaliers sont financés par les Länder lorsqu'ils sont inclus dans des plans d'investissement élaborés au niveau des *Länder*. Par conséquent, le calcul du coût d'un groupe de traitement ne prend pas en compte l'investissement en capital. Pour autant, en pratique, 50% des investissements dans les hôpitaux sont financés par d'autres sources que les dotations des Länder comme les revenus propres des hôpitaux. Implicitement, la dépréciation est donc incluse partiellement dans le paiement à l'activité.

73. Le paiement à l'activité représente environ 80% des recettes totales des hôpitaux.

74. Dans le cadre du paiement à l'activité, une échelle des coûts des DRG est établie au niveau national par l'IneK (Institut allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif) en fonction de l'intensité des ressources utilisées. Pour réaliser cette échelle, l'IneK reçoit les données de 253 hôpitaux (15% du nombre total d'hôpitaux généraux). Ensuite, le poids pour un groupe de traitement de référence est fixé à 1 point. Les poids des autres groupes de traitement sont calculés en fonction de ce groupe de traitement de référence. Le prix de chaque groupe de traitement est alors obtenu en multipliant le nombre de points de chaque groupe de traitement par la valeur nominale du point (pour plus de détails voir les références bibliographiques en partie 4 de ce livret).

¹³ Cette partie décrit les mécanismes de dégressivité tarifaire à partir des connaissances acquises à l'issue de la phase 2 et avant l'étude plus approfondie menée pour les 4 pays retenus. Ces descriptions seront complétées pour quatre pays (Allemagne, Israël, République tchèque, État du Maryland) suite aux entretiens et aux missions organisées pour ces pays. En annexe sont présentées des fiches pays plus complètes remettant notamment les mécanismes de dégressivité tarifaire dans le contexte de la régulation de l'offre hospitalière dans chaque pays. À la fin de chaque fiche pays, un tableau récapitulatif a également été élaboré.

¹⁴ Un paiement à la journée des séjours de psychiatrie, prenant en compte les caractéristiques des patients et les actes effectués, est en cours de développement.

75. La valeur du point est négociée dans chaque *Land* par les associations régionales des assureurs, publics ou privés et des hôpitaux. Ainsi, les associations des assureurs et des hôpitaux au niveau des Länder ont un rôle prépondérant dans la fixation des tarifs des traitements dans le cadre du paiement à l'activité en Allemagne.¹⁵ La négociation au niveau des *Länder* est tout de même contrainte par une croissance maximale de la « valeur du point » négociée au niveau fédéral. La négociation au niveau fédéral est menée entre les représentants au niveau fédéral des assureurs, publics et privés, et des hôpitaux et se base notamment sur l'évolution du salaire moyen et sur l'évolution d'un indice de prix reflétant l'évolution des coûts des facteurs de production à l'hôpital.

76. La rémunération à l'activité s'accompagne d'un mécanisme de dégressivité tarifaire au-delà d'un certain volume d'activité (case-mix). Les paramètres de la dégressivité (taux de réduction des tarifs) sont définis au niveau fédéral.

77. Chaque hôpital négocie avec les assureurs le volume et la structure des volumes pour toutes les activités. La multiplication du case-mix issue de cette négociation et de la valeur du point fixée au niveau du Land permet de définir le seuil de recettes à partir duquel s'appliquent les mécanismes de dégressivité tarifaire.

78. Deux taux de réduction de tarifs sont potentiellement applicables :

- Toute augmentation du volume d'activité par rapport à l'année t-1 dans la limite des volumes négociés pour l'année t est rémunérée à un tarif réduit de 25% (taux en vigueur en 2013/2014) (*Mehrleistungsabschlag*¹⁶).
- Parallèlement, tous les services prévus dans le volume négocié mais qui n'ont pas été effectivement dispensés sont payés à hauteur de 20% à l'hôpital.
- Toute activité de l'hôpital au-delà du volume négocié est rémunérée à un tarif réduit de 65% (*Mehrerlösausgleich*¹⁷).

79. Ces deux mécanismes ont pour objectif principal la régulation des volumes hospitaliers. La dégressivité pour les volumes additionnels négociés semble pour autant avoir également un objectif financier. En effet, la valeur de la réduction du tarif a régulièrement varié. Elle était de 30% en 2011 et est de 25% en 2013 et 2014. En effet, le budget négocié est censé couvrir les coûts fixes. Les différents taux de dégressivité sont fixés au niveau fédéral. À noter que toutes les activités sont soumises à cette dégressivité tarifaire.

Australie

80. En Australie, le paiement à l'activité s'applique aux hôpitaux publics et a été introduit progressivement dans les différents États depuis 1992 (État de Victoria). Le paiement à l'activité s'applique aux activités MCO, à certaines activités d'urgence (avec une classification différente), et aux soins de jour. Une échelle tarifaire est en développement pour la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation et l'hospitalisation à domicile. Des paiements additionnels sont versés pour certains médicaments et dispositifs médicaux onéreux et pour la traumatologie et les soins intensifs. Des paiements

¹⁵ La valeur du point dans les Länder varie de 3000 euros dans le Land Thuringia à 3250 euros en Rhineland-Palatinate.

¹⁶ Littéralement « décote pour augmentation du rendement ».

¹⁷ Littéralement « conciliation/compensation pour surplus ».

additionnels sont également versés pour pérenniser l'activité des petits hôpitaux et des hôpitaux ruraux qui ont un volume d'activité faible. Le paiement à l'activité ne couvre pas le capital. Il représente environ 60% des recettes totales pour les grands et moyens hôpitaux.

81. Dans le cadre du paiement à l'activité, les tarifs par cas sont principalement calculés et ajustés selon quatre catégories de durée de séjour (*same day*, *short stay outlier*, *inlier*, *long stay outlier*) de manière à inciter à la compression des durées de séjour. Les tarifs peuvent être également ajustés pour les services pédiatriques, les patients aborigènes, les patients privés. Tous les tarifs des DRG sont convertis en points « WIES » (*Weighted Inlier Equivalent Separation*) dans l'État de Victoria¹⁸.

82. Le mécanisme de dégressivité tarifaire s'applique dans certains États en Australie mais c'est dans l'État de Victoria qu'il est le plus élaboré. Le choix a été fait de décrire uniquement le mécanisme de dégressivité dans cet État. À noter que le mécanisme de dégressivité ne concerne que l'activité d'hospitalisations publiques. En effet, 40% des hospitalisations sont privées et sont rémunérées à l'hôpital selon un prix déterminé avec l'assureur privé.

83. La détermination de l'activité sur laquelle porte la dégressivité tarifaire peut se décomposer en trois étapes :

- Étape 1 : La régulation au niveau de l'État

84. Tout d'abord, l'État définit un objectif de dépense hospitalière. Ce budget est fixé de manière à concilier le budget global de l'État et les prévisions de dépenses au sein du secteur hospitalier (évolution du volume et de la structure de l'activité et des salaires du personnel). Ensuite, ce budget est réparti par domaine d'activité au niveau de l'État (MCO, SSR, psychiatrie, radiothérapie, paiement pour des objectifs de politique de santé publique et des subventions).

- Étape 2 : La régulation au niveau des hôpitaux

85. Pour mener les négociations avec l'État, les hôpitaux publics se regroupent (généralement 1 à 5 hôpitaux) au sein d'entités, les *Local Hospital Networks* (LHN). Sous la contrainte des budgets définis au niveau de l'État, les négociations entre le département de la santé de l'État et chaque LHN précisent pour chaque domaine d'activité un objectif de points WIES par hôpital et la valeur du point WIES calculée dans l'État de Victoria. L'allocation des points WIES reflète la croissance anticipée de la demande et les priorités du gouvernement. L'objectif de recette annuelle par LHN est donc obtenu en multipliant l'objectif de points WIES et la valeur du point.

- Étape 3 : Le mécanisme de dégressivité tarifaire

86. Afin de contrôler l'augmentation des volumes hospitaliers, l'État de Victoria a mis en place un mécanisme appelé « *recall adjustment* ». Dans ce cadre, si l'activité observée est en-dessous de l'objectif de points WIES, le LHN reverse une partie du budget reçu et non utilisé jusqu'à -2% puis la totalité au-delà. Si l'activité observée est au-dessus de l'objectif de points WIES, le département de la santé utilise le mécanisme de dégressivité tarifaire pour un dépassement de 2% à 5% du budget puis ne paie plus rien au-delà.

¹⁸

Un processus est en cours pour convertir les tarifs en point « NWA » au niveau national.

Hongrie

87. La Hongrie a mis en place un paiement à l'activité dans les hôpitaux dès 1993 (Gaal et *al.*, 2006). Le paiement à l'activité s'applique aux hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Le financement du capital que ce soit des nouveaux investissements ou la dépréciation du capital n'est pas pris en compte dans le tarif par cas. De même, les dépenses d'enseignement et de formation ne sont pas intégrées dans le calcul du tarif. Les dispositifs médicaux onéreux et les médicaments coûteux sont remboursés séparément. Les soins de longue durée pour les patients chroniques, la traumatologie et les soins intensifs sont rémunérés à la journée en fonction de la sévérité du cas traité.

88. Afin de modérer la croissance des dépenses de soins hospitaliers suite à la mise en place du paiement à l'activité, la Hongrie a mis en place en 2004 un plafond pour l'ensemble des dépenses financées par un paiement à l'activité de chaque hôpital (*Performance Volume Limit, PVL*) (Endrei et *al.*, 2013). Ce plafond permet de limiter l'activité hospitalière des hôpitaux en fixant un plafond national de croissance du case-mix (nombre de cas traités en prenant en compte le degré de sévérité de ces cas).

89. Le niveau du plafond semble être défini de façon arbitraire par le Ministère de la santé pour satisfaire des objectifs financiers. Par exemple, en 2004, le plafond a été fixé à 98% de l'activité hospitalière constatée en 2003. Toutes les dépenses financées par le paiement à l'activité étaient incluses dans le plafond et le plafond s'appliquait uniformément à tous les hôpitaux.

90. Depuis sa mise en œuvre, le mécanisme de dégressivité tarifaire a évolué au cours du temps. Entre les années 2004 et 2006, le paiement à l'activité était réduit au-delà du plafond selon le principe de la dégressivité tarifaire :

- Entre 0 et 5% de dépassement du plafond : l'hôpital recevait 60% du tarif ;
- Entre 5% et 10% de dépassement du plafond : l'hôpital recevait 30% du tarif ;
- Au-dessus de 10% de dépassement du plafond : l'hôpital recevait 10% du tarif.

91. Après 2006, la dégressivité tarifaire a été abandonnée. L'hôpital ne reçoit plus aucun paiement au-delà du plafond sauf pour certains soins.

Israël¹⁹

92. En Israël, les hôpitaux sont rémunérés par :

- Des paiements à l'acte pour les services ambulatoires ;
- Des *per idem* pour les patients hospitalisés (uniformes jusqu'en 2005, plus élevé pour les unités de soins intensifs depuis). Ces *per diem* sont fixés par le gouvernement, en fonction des coûts d'exploitation des hôpitaux ;
- Des paiements par procédure. Ces paiements furent introduits dans les années 1990 pour réduire les listes d'attente pour 30 interventions, relativement coûteuses. En 2009, ces paiements

¹⁹

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

concernaient 150 interventions et représentaient environ un tiers des ressources des hôpitaux en moyenne, avec de fortes variations entre hôpitaux.

93. Dès l'introduction de l'assurance maladie universelle (1995), est établi un plafonnement des revenus de l'hôpital avec deux objectifs : réduire la croissance de l'utilisation des soins hospitaliers et réduire les dépenses des assureurs au-delà de ce plafond. Le gouvernement établit chaque année un plafond d'activité pour chaque hôpital vis-à-vis de chaque plan. Pour l'ensemble du système, le plafond était augmenté de 1% par an avant 2009. Initialement, ce plafond était établi en fonction de l'activité de l'année précédente et des prévisions d'expansion du plan (nombre d'assurés supplémentaires). Puis, un ajustement supplémentaire fut introduit pour tenir compte de tout dépassement du plafond l'année précédente.

94. Le système a été modifié plusieurs fois depuis 1995 :

- En 1995-1996, les plans ne payaient plus rien au-delà du plafond ;
- De 1997 à 2005, les plans payaient seulement 50% du tarif au-delà du plafond. Ce taux était accepté comme une estimation raisonnable de la proportion variable des coûts de l'hôpital. Mais, les assureurs étaient suspectés de concentrer les hospitalisations de leurs assurés sur un hôpital afin de réduire le montant de leurs prestations ;
- En 2002, un système hybride a été mis en place : le plafonnement et la dégressivité sont maintenus comme système « par défaut » mais les hôpitaux et les assureurs sont autorisés à négocier des contrats alternatifs ;
- En 2005, pour remédier aux effets pervers de la dégressivité tarifaire sur le comportement des assureurs, le gouvernement introduit un plafond intermédiaire : pour les actes effectués entre le plafond et 113% du plafond, les plans ne paient que 30% du coût. Ils sont ainsi incités à répartir leurs assurés dans plusieurs hôpitaux.

95. Depuis 2014, les principes suivants s'appliquent à chaque hôpital et assureur. Chaque contrat entre un assureur et un hôpital définit un plafond. Les contrats définissent :

- Le « *Gross Revenue Cap* » ou montant des soins facturés ;
- Le « *Net Revenue Cap* » qui est égal au « *Gross Revenue Cap* » moins les rabais consentis lors de la négociation entre l'assureur et l'hôpital ;
- Des ajustements sont prévus pour tenir compte de l'évolution des prix dans le secteur hospitalier et des évolutions démographique et du nombre de lits.

96. En fonction de l'activité réelle de l'hôpital un mécanisme de dégressivité tarifaire s'applique pour chaque hôpital dans le cadre de ces contrats (tableau 3.1). Le mécanisme de dégressivité tarifaire en Israël est une dégressivité par palier en fonction du volume de dépassement. Ainsi, si pour toute activité dépassant le plafond fixé par l'hôpital de 0 à 2%, les assureurs ne paient que 70% du prix négocié. Ils paient ensuite 33% du prix négocié pour tout dépassement compris entre 2% et 13% du volume négocié et enfin 65% du prix négocié au-delà de 13%. Ce mécanisme permet d'éviter des comportements opportunistes des assureurs qui concentraient la demande sur un petit nombre d'hôpitaux afin de payer un tarif réduit sur le plus grand volume de soins. L'introduction d'un tarif de 33% du prix négocié pour un volume de dépassement entre 2% et 13% du plafond a incité les assureurs à répartir leurs assurés de façon plus homogène entre les hôpitaux.

Tableau 2.7 : Le mécanisme de dégressivité tarifaire en Israël

Rémunération des activités au-dessus du "Gross Revenue Cap"		Rémunération de l'activité si le "Gross Revenue Cap" n'est pas atteint	
Au niveau du plafond	Toute l'activité est payée avec prise en compte des rabais = "Net Revenue Cap"	Si l'activité est inférieure à 95% du plafond	Revenu garanti fixé à 95% du "Net Revenue Cap" négocié
Dépassement de 0-2%	70% du prix négocié	Activité entre 95% et 100% du "Gross revenue cap"	Paiement de 95% du "Net Revenue Cap" + 30% de l'activité non réalisée entre 95% et 100% du Gross revenue cap
Dépassement de 2%-13% extra	33% du prix négocié		
Dépassement de plus de 13%	65% du prix négocié		

État du Maryland (États-Unis)

97. Le Maryland est le seul État américain dans lequel le prix des prestations payées aux hôpitaux est unique quel que soit l'assureur et fixé par une agence gouvernementale depuis 1977 (la *Health Services Cost Review Commission*, HSCRC). L'agence est composée de sept délégués dont trois au maximum peuvent appartenir à une profession médicale.

98. La Commission a pour principaux mandats d'examiner et approuver les tarifs d'hospitalisation. En approuvant les tarifs d'hospitalisation, la Commission est tenue de s'assurer que le coût total des services offerts par un hôpital est raisonnable, que la recette globale de l'hôpital est raisonnablement liée à ses coûts totaux et que les tarifs sont fixés de manière équitable entre tous les acheteurs de services hospitaliers. Pour répondre à ces missions, la Commission a créé une infrastructure de données importante qui comprend un système de déclaration uniforme pour tous les hôpitaux et une vaste base de données permettant l'analyse de tous les aspects de l'activité hospitalière.

99. Le paiement à l'activité a été mis en place en 1976 dans l'État du Maryland (Murray, 2009). Chaque admission à l'hôpital pour les soins MCO est regroupée dans l'un des 320 groupes du «*All Patient Refined - Diagnosis Related Groups*» (APR-DRG) qui classent les patients dans des catégories cliniquement cohérentes en fonction de leur état de santé et la gravité de leur maladie. Les 320 APR-DRG sont divisés en quatre niveaux de "gravité de maladie". Le coût moyen par cas dépend notamment de quatre facteurs : la gravité de la maladie des patients, le niveau des salaires et des prix dans la localité où est implanté l'hôpital, si l'hôpital a une charge d'enseignement et le montant des soins non pris en charge prodigués au patient.

100. Une réglementation selon un mécanisme de contrôle volume-prix a été mise en place dans le Maryland dès l'adoption du paiement à l'activité en 1976 (Murray, 2009). Le mécanisme s'appelle le *Variable Cost Factor* (VCF). Il a été en vigueur entre 1978 et 2001 et depuis 2008. Entre 2001 et 2008, ce mécanisme a été abandonné suite à une négociation avec les hôpitaux s'engageant à respecter une plus

faible croissance des tarifs que dans le passé et la mise en place de politiques qualitatives visant une meilleure régulation des dépenses de santé.

101. Deux objectifs semblent être associés à ce mécanisme. Tout d'abord, alors que la croissance des coûts par admission était plus élevée dans le Maryland que dans le reste des États-Unis, les incitations à la limitation des volumes permettaient de réduire les dépenses totales hospitalières. Ensuite, la logique de cette réglementation était de ne rembourser que les coûts variables à partir d'un certain niveau de production, les coûts fixes ayant été couverts par les paiements déjà versés.

102. Le *Variable Cost Factor* est mis en œuvre par la HSCRC pour l'ensemble des hôpitaux qui ne sont pas soumis à un budget global. Deux types de budget global existent dans le Maryland le *Total Patient Revenue* (TPR) et le *Population-Based Revenue* (PBR). Ils sont fixés après négociation entre la HSCRC et l'hôpital. Le TPR s'applique actuellement à 10 hôpitaux dans le Maryland. Le PBR devait être mis en place pour les hôpitaux le demandant en 2014.

103. Pour les hôpitaux qui ne dépendent pas de ces deux mécanismes (36 hôpitaux), le *Variable Cost Factor* s'applique à toute augmentation de la recette des hôpitaux par rapport à l'année précédente. Sur cette croissance du volume, les soins sont facturés à hauteur de 85% du tarif officiel afin de ne rémunérer que la partie variable des coûts liés aux actes et non la partie fixe. Des réflexions sont en cours pour diminuer ce taux comme le montre le tableau suivant pour un taux de 50% (tableau 3.2).

Tableau 2.8 : Exemple pour le calcul pour un variable cost factor de 50%

Allowed Revenue Without a Volume Adjustment				Allowed Revenue With a 50 Percent Volume Adjustment			
	Volume, Count of Cases	Revenue Per Case	Total Revenue		Volume, Count of Cases	Revenue Per Case	Total Revenue
Historic Volume	1000	\$10,000	\$10,000,000	Historic Volume	1000	\$10,000	\$10,000,000
Volume Growth	100	\$10,000	\$1,000,000	Volume Growth	100	\$10,000 X .50	\$500,000
Total Allowed Revenue	1100	\$10,000	\$11,000,000	Total Allowed Revenue	1100	\$9,545	\$10,500,000

Source : Maryland Department Of Health And Mental Hygiene (2013) , "Maryland's All---Payer Model" Proposal To the Center For Medicare And Medicaid Innovation.

République tchèque

104. Le paiement par cas (DRG) a été introduit en 2009 et est utilisé depuis (sauf pour l'année 2011). La classification utilisée est basée sur les IR-DRG et ajustée au contexte Tchèque. Il y a approximativement 1000 groupes et les « poids des DRG » incluent les médicaments, les dispositifs médicaux et les salaires des médecins. Les activités relatives à des maladies plus rares ou pour lesquelles la variance des coûts du traitement est élevée sont rémunérées à l'acte ou par d'autres mécanismes (par exemple un budget fléché pour une maladie au niveau d'un hôpital).

105. En théorie, les hôpitaux et les assureurs sont libres de négocier le mode de paiement tant qu'ils parviennent à trouver un accord. En pratique, le mode de paiement est défini centralement. Le Ministère de la santé définit les tarifs de remboursement dans un décret annuel et tient compte à ce faire des revenus espérés des caisses d'assurance maladie.

Le « décret remboursement » publié annuellement par le Ministère

106. Pour chaque année t , les deux associations représentant les hôpitaux et l'association représentant les assureurs sont censées négocier un tarif de base. Généralement, les parties ne se mettent pas d'accord et les tarifs sont fixés par le Ministère de la santé en décembre de l'année $t-1$. Ce tarif de base est en principe basé sur les coûts mais en réalité le Ministère divise le budget disponible par le volume de soins attendus (somme des poids des DRG) pour définir le tarif de base.

107. Cependant, le tarif de base n'est pas unique. En effet, au moment de la transition entre budget global et DRG, les tarifs ont été définis pour chaque hôpital de manière à atténuer les effets de la transition. Ces tarifs 'individuels' doivent converger vers un tarif unique. Un décret publié chaque année détermine également les règles de cette convergence des tarifs. Enfin, le décret définit les règles du mécanisme liant prix et volumes.

108. Un mécanisme de dégressivité tarifaire a été mis en place dès l'introduction du paiement à l'activité afin de prévenir tout effet inflationniste du passage au paiement par cas et d'atténuer l'impact de la transition. L'occurrence de la crise économique et la nécessité de contrôler la croissance des dépenses a conduit à garder ce mécanisme.

109. Le ministère de la santé définit les formules qui sont utilisées pour déterminer les plafonds d'activité à partir duquel s'applique la dégressivité tarifaire. Les plafonds peuvent varier d'un hôpital à l'autre. La formule change de plus tous les ans parce que le ministère tente d'assurer l'équilibre financier du système.

110. Le mécanisme de dégressivité tarifaire peut se décomposer en deux étapes :

- Étape 1 : Un plafond est fixé au niveau central pour l'accroissement d'activité entre $t-2$ et t . Il exprimé en termes de ratio $\text{volume}_t / \text{volume}_{t-2}$, mais tient également compte de l'évolution du nombre de patient de manière à contrôler les risques de surcodage. Pour 2011 et 2012, ce plafond a été fixé respectivement à 98% (i.e. une baisse d'activité de 2%) et 115%. Certaines années, deux seuils ont été définis : un premier seuil donnant lieu à diminution des tarifs de remboursement et un second seuil au-delà duquel l'hôpital ne perçoit plus rien.
- Étape 2 : Le revenu de l'hôpital est défini pour chaque contrat entre un hôpital individuel et un assureur (i.e. plus de 1000 contrats), de la façon suivante :
 - Les volumes de l'hôpital en année t et $t-2$ sont estimés (Vol^*_t et Vol^*_{t-2});
 - On utilise le plafond défini au niveau central (disons 115 pour l'exemple²⁰) ;
 - Le « case-mix régulé » de l'hôpital est calculé comme le minimum de ($\text{Vol}^*_t / \text{Vol}^*_{t-2}$; 1,15)
 - Ce « case-mix régulé » est alors multiplié par le tarif de base de l'hôpital pour définir le revenu qui doit être versé par l'assureur à l'hôpital.
 - Toute activité dépassant le case-mix régulé n'est pas rémunérée à l'hôpital.

Paiement des hôpitaux et conséquences du mécanisme de dégressivité tarifaire

²⁰ Un seul plafond a été retenu pour simplifier.

111. Les hôpitaux reçoivent en général des avances au début de chaque mois, basées sur le niveau des remboursements des années précédentes. Le montant total devant être versé par un assureur à un hôpital n'est connu qu'en fin de période. Par conséquent, la dégressivité tarifaire est calculée ex-post et prend la forme de rabais sur les activités futures de l'hôpital facturées à cet assureur. Tous les calculs sont réalisés par les assureurs mais l'hôpital peut faire objection s'il n'est pas d'accord.

Conclusion pour la préparation de la phase 3

112. En conclusion, la France présente des similitudes par rapport à des pays de l'OCDE en termes de caractéristiques du secteur hospitalier, de systèmes de paiement des hôpitaux. Parallèlement six pays ont été identifiés comme utilisant des mécanismes de dégressivité tarifaire. Afin d'appréhender au mieux les enjeux de la mise en place de la dégressivité tarifaire, la sélection des pays à analyser lors de la phase 3 du projet a été effectuée selon un angle d'intérêt des mécanismes mis en œuvre dans les différents pays plutôt que selon des critères de similitudes institutionnelles.

113. Ainsi, quatre pays ont été retenus, l'Allemagne, l'État du Maryland, Israël et la République tchèque. Le choix de ces quatre pays est justifié pour diverses raisons :

- Pour l'Allemagne, l'étude de la dégressivité tarifaire doit permettre de déterminer, tout d'abord, les modalités de la fixation des tarifs des hôpitaux notamment en termes de case-mix. Ensuite, l'étude de la fixation des seuils de déclenchement de la dégressivité tarifaire devrait permettre de déterminer comment l'Allemagne anticipe l'évolution des besoins hospitaliers au sein de sa population. Enfin, l'étude de la facturation des hôpitaux devrait éclairer comment la dégressivité tarifaire est appliquée en pratique dans un hôpital.
- Pour le Maryland, la présence d'une autorité centrale, laHSCRC, fixant les tarifs des hôpitaux et gérant la dégressivité tarifaire doit permettre d'identifier les enjeux institutionnels et techniques de la mise en place de la dégressivité tarifaire pour l'ATIH et le ministère de la santé français. Par ailleurs, la mise en place de la dégressivité tarifaire dès l'introduction du paiement à l'activité à la fin des années 70 doit permettre d'identifier les obstacles de la mise en place d'un tel mécanisme et les conditions de sa pérennité. De plus, le recul permis par sa mise en place dès la fin des années 70 devrait permettre d'identifier l'impact de la dégressivité tarifaire sur l'activité hospitalière.
- Pour Israël, la constante évolution du système de dégressivité et son approche du paiement des hôpitaux en termes de besoin de soins avec une vision prospective sont les deux caractéristiques principales du système qui présentent un intérêt pour la mise en place de la dégressivité tarifaire en France.
- Pour la République tchèque, la ressemblance entre le système de dégressivité tarifaire en vigueur avec celui qui pourrait être mis en place en France justifie le choix de ce dernier pays. Le ministère de la santé en République tchèque joue par exemple un rôle primordial comme cela devrait être le cas en France. La formule utilisée par le Ministère est de plus intéressante dans le cadre de la mise en place de la dégressivité tarifaire en France car elle suppose un calage de différents paramètres liés à l'activité hospitalière, question qui se pose dans le cas français.

114. Des détails sur les caractéristiques des systèmes de santé, le paiement des hôpitaux et les mécanismes de dégressivité tarifaire pour les six pays ayant mis en place un mécanisme de dégressivité tarifaire dans les pays de l'OCDE sont présentés en annexe 1.

Références

- Albrecht T. et al. (2009) "Slovenia: Health system review", *Health Systems in Transition*, volume 11(3), pp. 1-168.
- Busse R. et al. (2011), "Diagnosis-Related Groups in Europe, moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals", European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Czach K. et al. (2011), "Poland: The Jednorodne Grupy Pacjentów – Polish experiences with DRGs", in *Diagnosis-Related Groups in Europe, moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series (2011).
- Ellis R. P. et T.G. MCGuire (1993) "Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care", *J. Econ. Perspectives*, volume 7(4), pp. 135-51.
- Endrei D. et al. (2013), "The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary", *Health Policy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.12.005>.
- Euro Observer, (2010), Volume 10, n°3.
- Gaal et al. (2006), "Cost accounting methodologies in price setting of acute inpatient services in Hungary", *Health Care Manage Sci* (2006) 9: 243–250.
- Healy J., E. Sharman et B. Lokuge (2006) "Australia: Health system review", *Health Systems in Transition*, volume 8(5), pp. 1–158.
- KCE (2013), "A comparative analysis of hospital care payments in five countries", KCE report 207
- Kobel C. et al. (2011), "DRG systems and similar patient classification systems in Europe", in *Diagnosis-Related Groups in Europe, moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Kumar, A. et M. Schoenstein (2013), "Managing hospital volumes. Germany and experiences from OECD countries", OECD Health Working Paper, No. 64, OECD publishing.
- Morgan, D. et R. Astolfi (2013), "Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?", OECD Health Working Papers, No. 60, OECD Publishing.
- Murray R. (2009), "Setting Hospital Rates To Control Costs And Boost Quality: The Maryland Experience", *Health Affairs*, 28, no.5 (2009):1395-1405.
- OECD HSC (2012), *Health System Characteristics Survey*, OECD 2012.
- OECD, (2013), "Health at a glance", OECD Publishing 2013.
- Or Z. and M. Bellanger (2011), "France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market" in *Diagnosis-Related Groups in Europe, moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.
- Quentin W. et al. (2011), "Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe", in *Diagnosis-Related Groups in Europe, moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

- Rice T. et al. (2013) “United States of America: Health system review”, *Health Systems in Transition*, volume 15(3), pp. 1– 431.
- Schäfer W. et al. (2010) “The Netherlands: Health system review”, *Health Systems in Transition*, volume 12(1), pp.1–229.
- Sagan A. et al. (2011) “Poland: Health system review”, *Health Systems in Transition*, volume 13(8), pp. 1–193.
- Schreyögg J. et al. (2006), “Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries” *Health Care Manage Sci*, volume 9, pp. 215–223.
- Schut, E., S. Sorbe et J. Høj (2013), “Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 1010, OECD Publishing.

PHASE 3 : EXPÉRIENCES DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE DANS 4 PAYS DE L'OCDE

SYNTHÈSE

115. Dans les quatre pays étudiés, l'Allemagne, l'État du Maryland, la République tchèque et Israël, la dégressivité tarifaire vise avant tout à contenir la croissance des dépenses hospitalières et est justifiée par la présence d'économies d'échelle. Pour autant, les circonstances de son introduction sont différentes. En Allemagne et dans le Maryland, la motivation principale est de capter une partie des économies d'échelle. En Israël et en République Tchèque²¹, la dégressivité tarifaire a été introduite pour prévenir une augmentation redoutée des volumes d'activité, due dans le premier cas à la généralisation de la couverture maladie et dans le second cas à l'introduction du paiement par cas.

116. Les seuils de déclenchement de la dégressivité tarifaire sont fixés en fonction de données historiques et d'estimations (sommaires) de l'évolution de la demande. En Allemagne et dans l'État du Maryland, le seuil de déclenchement de la dégressivité correspond au niveau d'activité de l'année de référence (le plus souvent t-1); toute activité additionnelle est rémunérée à tarif réduit. En République tchèque, une formule unique annuelle permet de déterminer le seuil de déclenchement de la dégressivité pour chaque couple hôpital-assureur en fonction de l'évolution de l'activité entre t-2 et t. En Israël, les seuils de déclenchement sont négociés chaque année entre chaque assureur et hôpital. Les seuils de déclenchement sont définis en termes d'évolution du volume d'activité (case-mix) dans trois des pays étudiés. Seul Israël définit les seuils de déclenchement en fonction des recettes brutes de l'hôpital.

117. Les autorités centrales (ministères ou agences indépendantes) jouent un rôle prépondérant dans la fixation des taux de dégressivité tarifaire, que ceux-ci soient négociés ou fixés unilatéralement. En 2009 et 2012, en Allemagne, le taux a été négocié dans chaque Land par les associations régionales des hôpitaux et des assureurs, il est à présent fixé par le Ministère de la santé fédéral. Les taux sont fixés par le Ministère de la santé en République tchèque et par une agence gouvernementale indépendante dans l'État du Maryland. En Israël, les Ministères de la Santé et des Finances définissent les taux de dégressivité mais seuls 10% des contrats signés entre assureurs et hôpitaux les appliquent tels quels. Dans tous les autres cas, les taux et les seuils sont renégociés par les parties au contrat.

118. Les taux de dégressivité tarifaires varient sensiblement d'un pays à l'autre et deux pays appliquent plusieurs taux correspondant à différentes tranches d'activité. Les taux de dégressivité tarifaire, supposés refléter la part que représentent les coûts fixes au sein d'un hôpital varient en 2013 entre 25% et 67%. Ces taux ont évolué au cours du temps au gré des négociations ou pour satisfaire certains objectifs politiques (par exemple encourager l'investissement). Le Maryland et la République tchèque utilisent un taux de dégressivité de 50%. En Allemagne, un premier taux (25%) s'applique à toute activité additionnelle par rapport à l'année de référence et un second (65%) ne s'applique qu'au-delà d'un seuil d'activité « négocié ». Cette négociation étant en réalité une projection de l'activité de l'année en cours acceptée par les contractants, le second seuil ne s'applique que rarement. En Israël, trois taux sont définis, correspondant à trois seuils d'activité différents (30%, 67% et 35%). Le second taux (67%) vise à inciter les assureurs à répartir leurs assurés sur tous les hôpitaux au lieu de concentrer toute l'activité sur un seul hôpital pour maximiser les bénéfices de la dégressivité. Bien que tous les pays invoquent les économies d'échelle, aucune étude récente ne permet d'appuyer les taux retenus ou négociés sur une base scientifique. Le Maryland a le système le plus cohérent en termes d'économies d'échelle puisque les hôpitaux reçoivent un paiement correspondant aux coûts fixes pour toute activité prévue mais non réalisée. Dans la situation la plus courante où un hôpital dépasse son plafond d'activité, l'hôpital est uniquement rémunéré pour ses coûts variables et la réévaluation du plafond l'année suivante ne prend pas en compte cette augmentation de l'activité au-delà du plafond.

²¹ et en l'Allemagne pour le deuxième seuil de dégressivité.

119. La dégressivité tarifaire s'applique uniformément à l'ensemble de l'activité des hôpitaux mais l'Allemagne et le Maryland prévoient des aménagements pour prendre notamment en compte la création de nouvelles activités. Les aménagements se font selon deux modalités. L'Allemagne exclut du système de dégressivité tarifaire certains soins ou services. Par exemple, sont exclus du dispositif de dégressivité tarifaire les traitements pour lesquels les coûts de matériel représentent plus des deux tiers du coût total de l'intervention ou les nouvelles activités liées à la création d'un nouveau service ou d'une nouvelle salle d'opération. Dans l'État du Maryland, les hôpitaux peuvent éventuellement négocier avec l'agence gouvernementale en charge de la tarification des hôpitaux des hausses du plafond d'activité pour le déclenchement de la dégressivité tarifaire suite à la création de nouvelles activités.

120. La dégressivité tarifaire est essentiellement prise en compte dans les tarifs de l'année en cours mais complétée par une réconciliation l'année suivante. En Allemagne, dans le Maryland et en Israël, l'effet estimé de la dégressivité est réparti sur l'ensemble des tarifs lors de l'année en cours, qui sont définis annuellement (Allemagne), ou ajustés mensuellement (Israël). En Allemagne, une réconciliation *a posteriori* permet de prendre en compte tout écart entre les activités prévues et réalisées. Dans le Maryland, les hôpitaux sont dotés d'un système d'information leur permettant d'ajuster les prix qu'ils facturent pour prendre en compte la dégressivité tarifaire et le revenu autorisé. Au contraire, en République tchèque, la dégressivité tarifaire est calculée *ex-post* et prend la forme de rabais sur les activités futures de l'hôpital facturées à chaque assureur.

121. L'impact de la dégressivité tarifaire sur l'activité hospitalière s'avère ambigu tandis que l'impact sur la qualité des soins n'est pas évoqué. La dégressivité tarifaire permet mécaniquement de réduire la croissance des dépenses hospitalières. En Allemagne, le rendement du premier niveau de dégressivité tarifaire sur les budgets négociés est estimé à 270-350 millions d'euros (environ 0.5% des dépenses totales) pour 2011 et 2012. En Israël, le rendement « théorique » est estimé à 10% du montant total des paiements aux hôpitaux mais les négociations assureurs-hôpitaux permettent en fait des économies plus élevées. Une seule étude, réalisée dans le Maryland montre un accroissement plus dynamique de l'activité entre 2001 et 2008, période pendant laquelle la dégressivité avait été supprimée. En revanche, dans le Maryland, la dégressivité tarifaire a incité les hôpitaux à développer des instruments de gestion leur permettant de contrôler l'activité des praticiens (qui sont indépendants). Les acteurs (hôpitaux et assureurs) interrogés dans le cadre de ce projet réfutent l'idée selon laquelle les hôpitaux refuseraient des patients ou reporteraient certains soins dans l'objectif d'échapper à la dégressivité.

122. Face à l'impact modéré de la dégressivité tarifaire sur l'activité des hôpitaux, certains pays étudiés tentent d'évoluer vers un système de régulation plus contraignant. La République tchèque a remis en place un budget global pour l'année 2014 afin de contrôler plus fortement la croissance des dépenses hospitalières. Dans l'État du Maryland, la volonté d'aligner la croissance des dépenses totales hospitalières à celle de la richesse de l'État, a mené à la généralisation du budget global pour le paiement des hôpitaux en 2014.

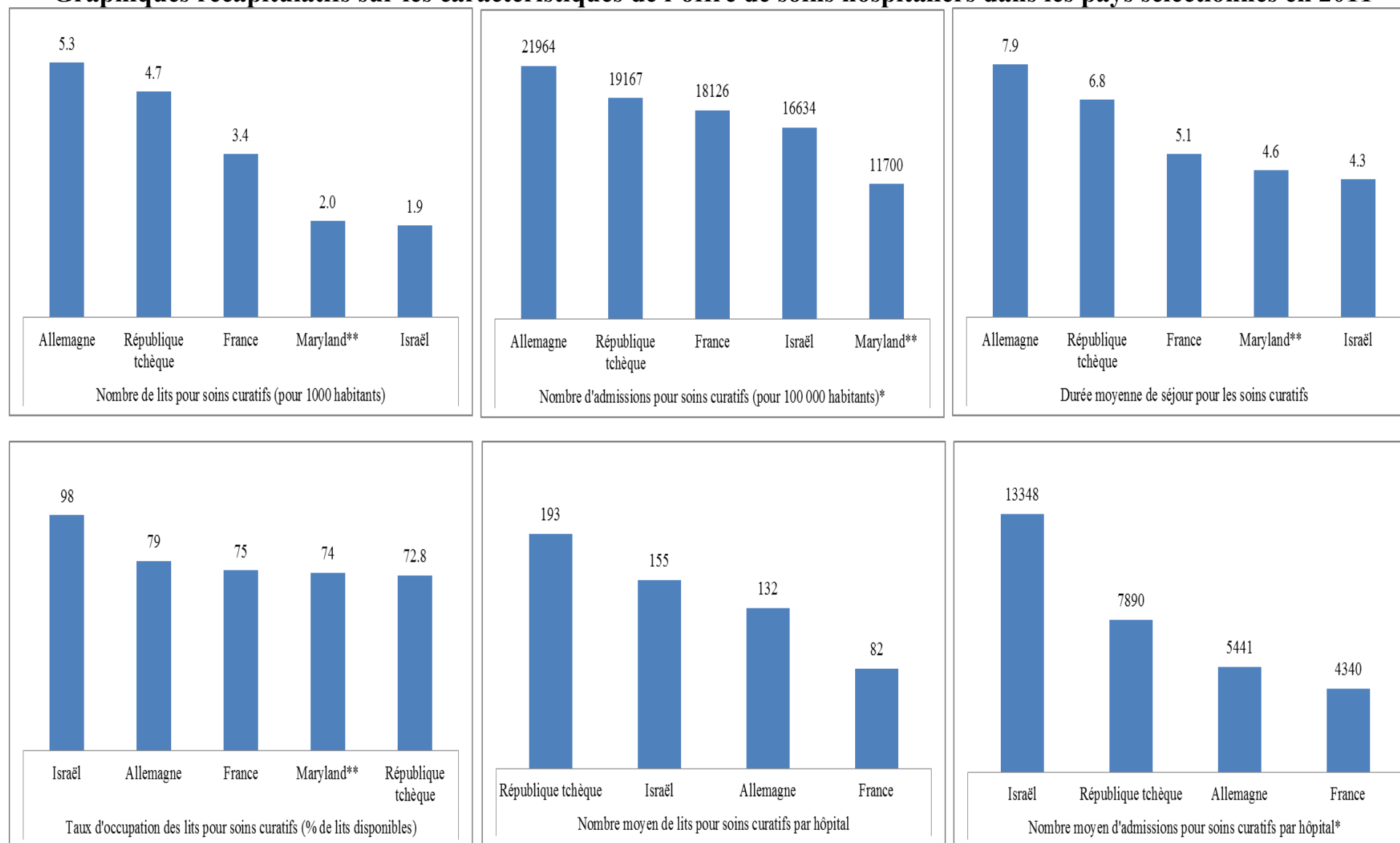
Tableau de synthèse

	<i>Allemagne</i>	<i>Israël</i>	<i>République tchèque</i>	<i>Maryland</i>
Mode de paiement des hôpitaux en 2013 ou 2014				
Mode de paiement des hôpitaux	DRG depuis 2003 (80% des recettes des hôpitaux)	Paiements par procédure et per diem	DRG depuis 2009 (sauf en 2011)	DRG et budget global
Tarifs des DRGs	Échelle nationale de coûts, valeur du point négociée régionalement, destinée à converger vers une valeur unique		Les tarifs des DRGs sont fixés centralement mais avec des valeurs différentes pour chaque couple assureur-hôpital. Ces différences visaient à atténuer les effets de l'introduction du paiement par cas et la convergence des tarifs est prévue	Des « tarifs cibles » sont définis mais qui ne servent qu'à définir un budget global cible à partir d'un volume de soins approuvé. Les hôpitaux sont libres de moduler leurs factures tant qu'ils restent dans l'enveloppe budgétaire cible.
Caractéristiques de la dégressivité tarifaire en 2013-2014				
Date introduction de la dégressivité	1985 (avant l'introduction des DRG)	1994 (introduction de l'assurance maladie universelle), avec de nombreux changements depuis dans les paramètres	2009, mais un budget global est appliqué aux hôpitaux en 2011 et en 2014	1977, mais suppression entre 2001 et 2008, puis réintroduction
Objectifs de la dégressivité	Limiter la croissance des dépenses hospitalières et les activités (justifié par l'existence des économies d'échelle dans la production hospitalière).	Limiter la croissance de l'utilisation des soins hospitaliers et réduire les dépenses des assureurs au-delà d'un plafond	Prévenir tout effet inflationniste du passage au paiement à l'activité et d'atténuer l'impact de la transition. L'occurrence de la crise économique et la nécessité de contrôler la croissance des dépenses a conduit à préserver ce mécanisme.	Le fondement de la mise en place du <i>Variable Cost Factor</i> (VCF) était de capter les économies d'échelle qui découlaient de l'augmentation des volumes hospitaliers
Champs de la dégressivité	Tous les paiements par DRG. Activités exclues : transplantations, DRGs intensifs en équipements (2/3 des coûts).	Ensemble de l'activité de l'hôpital.	La quasi-totalité de l'activité est soumise à la dégressivité tarifaire. Des exceptions peuvent exister mais sont issues des accords bilatéraux entre les assureurs et les hôpitaux, dont les détails sont difficilement accessibles.	Ensemble de l'activité des hôpitaux concernés mais des aménagements sont possibles pour prendre en compte la création de nouvelles activités
Définition des paramètres de la dégressivité	Principes définis au niveau fédéral (existence de deux seuils et deux taux de dégressivité)	Paramètres (seuils et taux) définis par le gouvernement pour 3 ans.	Le Ministère de la santé définit les formules qui sont utilisées pour déterminer le plafond	Principes définis au niveau de l'agence gouvernementale indépendante chargée de gérer la

	<i>Allemagne</i>	<i>Israël</i>	<i>République tchèque</i>	<i>Maryland</i>
	Seuils « négociés » pour chaque hôpital, sur base historique et prévisions d'activité Taux de dégressivité définis nationalement (règle qui a varié au cours du temps)	Hôpitaux et assureurs signent des contrats individuels et négocient des rabais et des aménagements des paramètres de la dégressivité dans 90% des cas. Les paramètres définis sont utilisés tels quels dans 10% des contrats et servent de base aux négociations individuelles dans les autres cas.	d'activité à partir duquel s'applique la dégressivité tarifaire.	tarification hospitalière (HSCRC, Health Services Cost Review Commission). Taux de dégressivité définis pour l'ensemble des hôpitaux de l'État.
Seuil de déclenchement de la dégressivité	Premier seuil : Activité de l'année de base (toute activité dépassant celle de l'année de base est payée à un tarif réduit, jusqu'au second seuil) Second seuil, supposé « négocié » entre un hôpital et tous les assureurs pertinents, correspond en fait aux prévisions d'activité (case-mix) pour l'année en cours	Un premier seuil défini à partir des évolutions historiques et des prévisions concernant le nombre d'assurés, au-delà duquel se déclenche la dégressivité Puis 3 autres seuils, définis en % de ce premier seuil, visant à moduler le taux de dégressivité à mesure que l'activité augmente.	Les plafonds dépendent d'une formule de calcul unique définie par le Ministère qui, appliquée aux données de chaque hôpital se traduit par des plafonds différents pour chaque couple assureur-hôpital. Les paramètres de cette formule sont l'augmentation des volumes de cas traités, l'augmentation de la sévérité par cas et l'augmentation des tarifs.	Toute augmentation de l'activité par rapport à t-1 n'est rémunérée qu'à hauteur des coûts variables (tarif réduit)
Taux de dégressivité	Premier taux de réduction : 25% en 2013 Second taux de réduction : 65%	Taux 1 (s'appliquant entre le premier seuil + 2% de ce seuil) : 30% Taux 2 (entre seuil + 2% et seuil + 13%) : 67% Taux 3 (au-delà de seuil + 13%) : 35%	50%	50% dans les années 80, 15% dans les années 90, 50% actuellement.
Année de base et rebasage	En général, l'activité effectivement réalisée l'année précédente constitue l'activité de référence. En 2014, l'année de base est 2012.	En 2014, l'année de base était 2012 afin de ne pas prendre en compte une forte hausse de l'activité constatée en 2013.	Les évolutions prises en compte dans la formule de calcul du plafond sont calculées entre l'année t et l'année t-2.	En général, l'activité effectivement réalisée l'année précédente constitue l'activité de référence avec un ajustement pour ne pas rembourser les coûts fixes associés à une augmentation

	<i>Allemagne</i>	<i>Israël</i>	<i>République tchèque</i>	<i>Maryland</i>
				de l'activité au-delà du seuil d'activité.
Application pratique de la dégressivité	Ajustement des tarifs de l'année en cours	Ajustement des tarifs l'année en cours	Année suivante (entre avril et juin)	Année en cours avec des possibilités de régularisation l'année suivante
Mécanisme de protection des hôpitaux	Toute activité « négociée » mais non réalisée est rémunérée à hauteur de 20% à l'hôpital.	Revenu garanti à l'hôpital : rémunération de 95% de l'activité négociée quoiqu'il arrive + 30% de l'activité négociée mais non réalisée entre 95% et 100%.		En cas de baisse de son activité par rapport au revenu autorisé, l'hôpital reçoit un paiement pour la partie les coûts fixes engendrés par la recette qui aurait dû être réalisée en t.
Impact de la dégressivité				
Évolution de l'activité	Taux de croissance du case-mix plus faible depuis 2009, mais difficile de faire un lien avec la dégressivité		Le Ministère de la Santé a constaté une légère diminution du case-mix en 2012 sans pour autant faire un lien avec la dégressivité tarifaire	Augmentation significative du nombre d'admissions pour les patients hospitalisés, des visites ambulatoires, et des coûts d'exploitation suite à la suppression de la dégressivité tarifaire entre 2001 et 2008 Kalman (2014)
Économies dues aux réductions de tarifs	270-350 millions d'Euros estimé en 2011 et 2012 (0.5% de la dépense hospitalière)	10% en moyenne du total des paiements aux hôpitaux pour la partie si on applique les paramètres nationaux, auxquelles s'ajoutent 7% de rabais obtenus par négociations.	Non connu.	Non connu.
Impact sur temps d'attente, qualité des soins		Non évalué.	Non évalué.	Non évalué.

Graphiques récapitulatifs sur les caractéristiques de l'offre de soins hospitaliers dans les pays sélectionnés en 2011

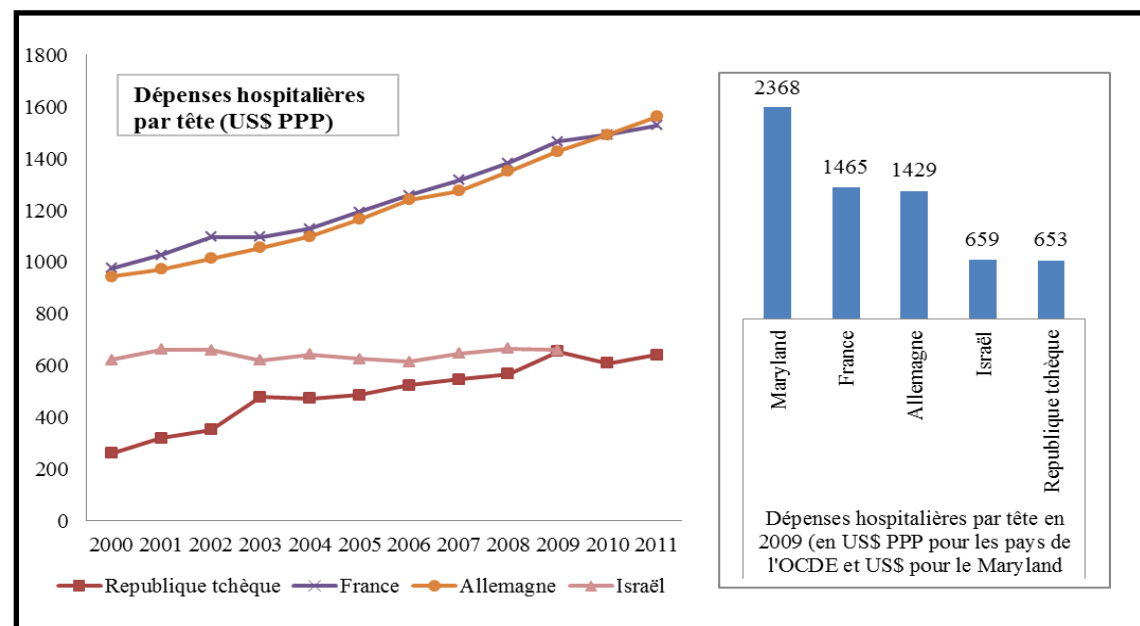
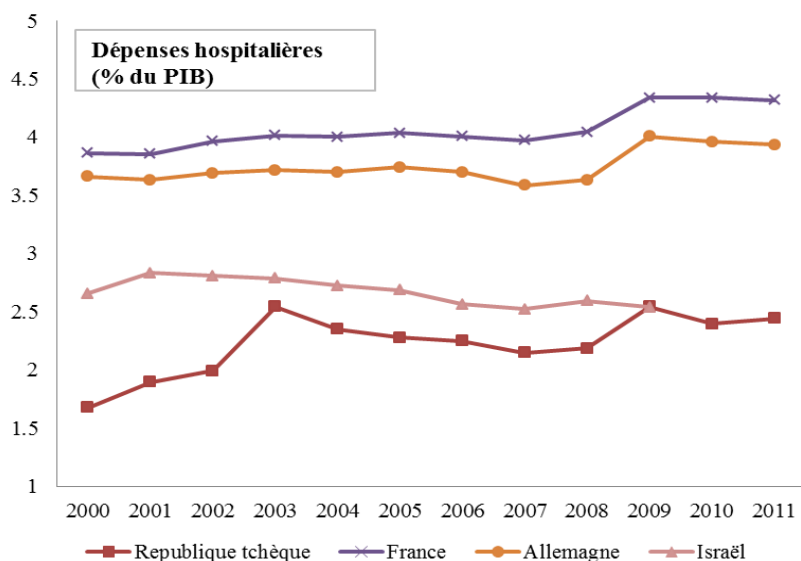
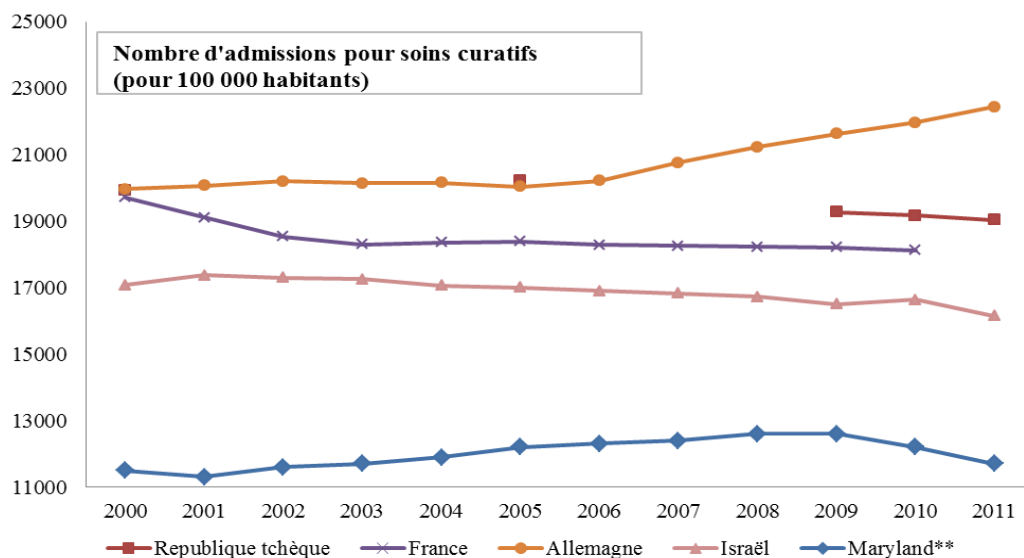


* En 2010

**Pour le Maryland, les données ne provenant pas de l'OCDE, les statistiques sont présentées à titre indicatif. Le lecteur peut se référer au livret pour obtenir les sources et les champs de ces données.

Source : OECD Health Statistics, 2014

Graphiques récapitulatifs sur les caractéristiques de l'offre de soins hospitaliers dans les pays sélectionnés



**Pour le Maryland, les données ne provenant pas de l'OCDE, les statistiques sont présentées à titre indicatif. Le lecteur peut se référer au livret pour obtenir les sources et les champs de ces données. Source : OECD Health Statistics, 2014

La dégressivité tarifaire en Allemagne

Le système de santé et hospitalier en Allemagne

123. En Allemagne, toute la population est couverte par l'assurance maladie, obligatoire depuis 2009. Des couvertures publiques et privées de base coexistent. L'immense majorité des résidents doivent souscrire une assurance publique. Les salariés bénéficiant d'un salaire mensuel supérieur à environ 4500 euros ont le choix de souscrire une assurance privée ou publique. Les fonctionnaires bénéficient également de cette option d'*opt-out*, quel que soit leur revenu. La majorité d'entre eux choisit une caisse privée car la couverture publique de base pour les fonctionnaires est relativement plus coûteuse que la couverture privée de base.²² Au total, 89% de la population est couverte par une assurance publique et 11% par une assurance privée. Au 1er janvier 2013, il existe 134 caisses d'assurance maladie publique et 43 caisses d'assurance maladie privée.

124. Les caisses d'assurance maladie de base publiques ainsi que les caisses d'assurance maladie de base privées sont en concurrence. Ainsi, un assuré qui appartient au régime public d'assurance a le choix de s'assurer auprès d'une des 134 caisses d'assurance publiques. Le panier de soins couvert par les assurances publiques est quasiment identique, avec quelques exceptions. Celui couvert par les assureurs privés n'est pas légalement défini mais est souvent plus étendu.

125. Le Comité Fédéral Conjoint (G-BA) joue un rôle fondamental dans la définition du panier de soins couvert pour les produits pharmaceutiques, les dispositifs médicaux et les procédures diagnostiques et thérapeutiques. Les directives émises par le G-BA sont juridiquement contraignantes pour les assureurs ainsi que pour les offreurs de soins *i.e.* les médecins et les hôpitaux. En outre, le G-BA a d'importantes responsabilités concernant les mesures de la qualité des soins hospitaliers et ambulatoires. Le rôle du gouvernement est limité à la définition du cadre légal et à la supervision du système de santé.

126. Les dépenses de soins hospitaliers sont financées en moyenne à hauteur de 83% par la sécurité sociale, 9% par l'assurance privée de base ou complémentaire²³, 6% par l'État et 2% directement par les ménages (tableau 3.3).

127. En Allemagne, pour les assurés « publics », les frais à la charge des usagers lorsqu'ils sont hospitalisés consistent en un forfait journalier de 10 Euros, dans la limite de 28 jours. Par ailleurs, la participation des usagers aux soins de médecins en ambulatoire est nulle²⁴. L'ensemble des frais supportés par les usagers sont plafonnés à 2% de leur revenu, et réduit à 1% en cas de maladie chronique. La dispense des frais au-delà de ce plafond doit être demandée par l'utilisateur.

²² Les fonctionnaires doivent s'acquitter des parts employeur et employé dans le cas de la couverture publique de base.

²³ Au-delà des 11% de résidents qui ont opté pour l'assurance privée pour leur couverture de base, environ 20% des résidents ont souscrit à une couverture privée complémentaire/supplémentaire.

²⁴ Un forfait de 10 Euros par trimestre existait jusqu'en 2012, il a été supprimé.

Tableau 3.1 : Financement des dépenses hospitalières en Allemagne, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Allemagne	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Financement des dépenses hospitalières	6% État 83% Sécurité sociale 9% Assurance privée 2% Reste à charge	44% État 45% Sécurité sociale 5% Assurance privée 6% Reste à charge	21 ^{ème} pour les dépenses publiques	1% État 92% Sécurité sociale 4% Assurance privée 3% Reste à charge

Note : Les paiements et le reste à charge sont identiques quel que soit le statut juridique de l'hôpital pour les patients couverts par une caisse d'assurance publique.

Source : OECD Health Statistic, 2013

128. Les dépenses hospitalières en Allemagne sont légèrement supérieures aux dépenses hospitalières moyennes dans les pays de l'OCDE, 4% du PIB en Allemagne contre 3,5% du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (Tableau 3.4). De plus, la part des dépenses hospitalières dans les dépenses totales de santé en Allemagne est égale à la part observée en moyenne dans les pays de l'OCDE. L'Allemagne se distingue des pays de l'OCDE par son volume d'activité. Ainsi, l'Allemagne présente un nombre de sorties d'hôpital pour 1000 habitants supérieur de 55% à la moyenne de l'OCDE (240 contre 155) (Tableau 3.4).

129. En dehors de quelques activités ciblées (urgences et soins complexes pour cancer, maladies rares, etc...), les hôpitaux en Allemagne ne sont pas autorisés à dispenser des soins ambulatoires.

Tableau 3.2 : Dépenses hospitalières, part des dépenses hospitalières et sorties d'hôpital en Allemagne en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Allemagne	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Dépenses hospitalières dans le PIB	4%	3,5%	11 ^{ème}	5%
Part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé	29%	29%	14 ^{ème}	37%
Sorties d'hôpital pour 1000 habitants	240	155	2 ^{ème}	169

Source : OECD Health Statistic, 2013

130. L'offre hospitalière en Allemagne est caractérisée par un grand nombre de lits. Ainsi, on dénombre 8,3 lits pour 1000 habitants en Allemagne ce qui fait de l'Allemagne le 3^{ème} pays de l'OCDE pour cet indicateur. En moyenne dans les pays de l'OCDE, le nombre de lits est de 4,9 lits pour 1000 habitants. Le nombre de lits a baissé de 10% entre 2000 et 2011 en Allemagne contre 14% en France. Dans le même temps, le nombre de lits diminuait de 5% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Toujours entre 2000 et 2011, le nombre d'établissement a diminué de 10% en Allemagne, 13,5% en France et est resté stable (+0.4%) en moyenne dans les pays de l'OCDE. La taille des établissements est comparable en 2000 et 2011 en Allemagne et en France. Ainsi, en 2000, en Allemagne (resp. France), un hôpital comptait 206 lits (resp. 155 lits) en moyenne contre 205 lits (resp. 153 lits) en 2011.

131. L'offre de lits en Allemagne est majoritairement privée. 59% des lits offerts sont privés contre 27% en moyenne dans les pays de l'OCDE et 38% en France. 64% de ces lits sont destinés aux soins curatifs, 15% aux soins psychiatriques et 21% aux soins de réadaptation.

Tableau 3.3 : Offre hospitalière en Allemagne, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Allemagne	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Nombre d'hôpitaux (incl. Hôpitaux de soins de suite et réadaptation)	3 278 40,3 par million d'habitants	1241 29,5 par million d'habitants	4 ^{ème} 8 ^{ème}	2698 41,4
Taille moyenne des hôpitaux (nombre de lits moyen)	205	184	10 ^{ème}	153
Nombre de lits pour 1000 habitants	8,3	4,9	3 ^{ème}	6,4
Répartition des lits d'hôpitaux par statut juridique	41% publics 29% privés N.L. 30% privés L.	73% publics, 14% privés N.L. 13% privés L.	19 ^{ème} pour le nombre de lits publics	62% publics 14% privés N.L. 24% privés L
Répartition des lits par fonction	64% curatifs, 15% psychiatriques 0% longue Durée 21% réadaptations	70% curatifs 14% psychiatriques 12% longue durée 3% réadaptations	25 ^{ème} pour le nombre de lits curatifs	54% curatifs, 14% psychiatriques 8% longue durée 24% réadaptations
Nombre de lits pour soins curatifs pour 1000 habitants	5,33	3,43	4 ^{ème}	3,43
Nombre de séjours moyen pour soins curatifs par établissement	5569	6475	16 ^{ème}	4355

Source : OECD Health Statistic, 2013

Le paiement des hôpitaux en Allemagne

Caractéristiques principales de la tarification à l'activité

132. En Allemagne, le paiement à l'activité a été mis en place progressivement à partir de 2003. Il s'applique aux hôpitaux publics et privés qu'ils soient à but lucratif ou non, selon la même grille tarifaire et ce quel que soit l'assureur du patient, public ou privé. Aujourd'hui, le paiement à l'activité représente environ 80% des recettes totales des hôpitaux.

133. Seuls les soins de médecines, chirurgie, obstétrique (MCO) y compris l'hospitalisation de moins d'une journée sont payés à l'activité.²⁵ Parallèlement à cette rémunération, des paiements additionnels sont versés pour l'utilisation de médicaments ou dispositifs médicaux coûteux et les traitements innovants.

134. Les tarifs des séjours incluent seulement et indirectement une partie de la dépréciation du capital. En effet, les investissements hospitaliers sont financés par les *Länder* lorsqu'ils sont inclus dans des plans d'investissement élaborés au niveau des *Länder*. Par conséquent, le calcul du coût d'un groupe de traitement ne prend pas en compte l'investissement en capital. Pour autant, en pratique, 50% des investissements dans les hôpitaux sont financés par d'autres sources que les dotations des *Länder* comme les revenus propres des hôpitaux. Implicitement, la dépréciation est donc incluse partiellement dans le paiement à l'activité.

135. Le catalogue de DRG est négocié annuellement entre les associations des hôpitaux (DKG) et des assureurs publics et privés (GKV, PKV) au niveau fédéral. En 2014, le catalogue comprend 1194 DRG. Dans le cadre du paiement à l'activité, une échelle des coûts des DRG est établie au niveau national par l'InEK (Institut allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif) en fonction de l'intensité des ressources utilisées. Pour réaliser cette échelle, l'InEK reçoit les données de 253 hôpitaux (15% du nombre total d'hôpitaux généraux). Ensuite, le poids pour un groupe de traitement de référence est fixé à 1 point. Les poids des autres groupes de traitement sont calculés en fonction de ce groupe de traitement de référence. Le prix de chaque groupe de traitement est alors obtenu en multipliant le nombre de points de chaque groupe de traitement par la valeur nominale du point.

136. Cet exercice technique effectué, un processus politique permet ensuite de déterminer la valeur du point permettant d'associer un tarif à chaque traitement. La valeur du point est déterminée en deux étapes faisant intervenir les deux niveaux politiques principaux en Allemagne, les niveaux fédéraux et régionaux (les *Länder*).

*Au niveau fédéral, sont déterminées la valeur du point et les valeurs minimale et maximale de la valeur du point qui peut être négociée au niveau du *Länder*.*

137. Chaque année, la croissance de la valeur du point au niveau fédéral est contrainte par les évolutions des salaires et des coûts des hôpitaux. Jusqu'en 2012, la valeur du point était indexée sur le niveau des salaires. Cette indexation permettait de s'assurer d'une adéquation entre l'évolution des recettes des caisses et de la valeur du point. À partir de 2013, un nouvel indice a été créé afin de faire correspondre l'évolution de la valeur du point avec celle des coûts hospitaliers. Le nouvel indice reflète ainsi les évolutions des coûts des hôpitaux. Cet indicateur est calculé par l'office statistique allemand. Il est basé sur l'augmentation des charges de personnels (estimées à partir d'un échantillon d'entreprises, incluant des hôpitaux) et le coût du matériel. Sa valeur était de 2,02 % en 2013. 138. Ces deux indices sont utilisés pour définir un corridor pour la négociation entre les associations fédérales hospitalières (DKG) et des assureurs (GKV) sur la valeur du point fédéral (Schéma 1 et 2). La valeur du point déterminée au niveau fédéral, une négociation est menée au niveau des *Länder* entre les associations des hôpitaux et des assureurs.

*Au niveau des *Länder*, le mécanisme de convergence tarifaire a mené à un tarif identique dans une grande majorité de *Länder*.*

139. Une fois la nouvelle valeur du point définie au niveau fédéral un second corridor est déterminé pour encadrer les négociations au niveau du Land entre associations des hôpitaux et des assureurs. Ainsi, la

²⁵ Un paiement à la journée, dépendant des caractéristiques des patients et des actes effectués, est en cours de développement pour les séjours de psychiatrie.

valeur du point négociée au niveau de Land doit être comprise entre +2,5% et -1,25% de la valeur du point décidée au niveau fédéral. Par ailleurs, la croissance de la valeur du point au niveau du Land ne doit pas excéder la croissance de la valeur du point au niveau fédéral (Schéma 2). La combinaison de ces contraintes permet de définir le corridor pour la négociation (Schéma 2). Le corridor définit les limites maximale et minimale de la valeur du point.

140. Dans la majeure partie des Länder (9 *Länder* sur 16 au total), la négociation aboutit à une valeur du point en dessous de la limite minimale du corridor. Par conséquent, la valeur du point est ramenée à la valeur du point minimale qui était en 2013 de 3117,36 euros.. Un Land a la possibilité d'avoir une valeur du point au-dessus de la valeur maximale du corridor. Dans ces cas, la valeur du point doit diminuer pour converger vers la limite maximale du corridor, mais la diminution ne peut excéder 0.3% par an. Seuls trois Länder ont une valeur du point dans le corridor et négocient donc effectivement chaque année la valeur du point. .

141. Dans le cadre de la négociation de la valeur du point au niveau du Land différents facteurs influencent le niveau final de la valeur du point. Le premier facteur jouant à la baisse est la prévision d'évolution du case-mix confrontée notamment aux recettes attendues par les caisses d'assurance maladie. Il se traduit le plus souvent par une diminution de la valeur du point pour préserver l'équilibre financier des caisses. Ce phénomène est perçu comme injuste par les hôpitaux dont l'activité n'augmente pas car la valeur du point diminue du fait de l'augmentation de l'activité des autres hôpitaux. D'autres facteurs influencent la valeur du point à la baisse comme la rentabilité et les réserves des hôpitaux (données non disponibles mais arguments avancés par les assureurs) et les effets du codage. Le principal facteur influençant à la hausse la valeur du point est la progression des coûts de production du fait de l'évolution des caractéristiques des patients ou encore la nécessité d'investir dans de nouveaux équipements. Dans les faits, la valeur du point a constamment progressé en Allemagne. Le deuxième facteur semble donc être plus important que le premier lors de la fixation de la valeur du point. .

Schéma 1 : Système d'information et fixation des tarifs par DRG en Allemagne

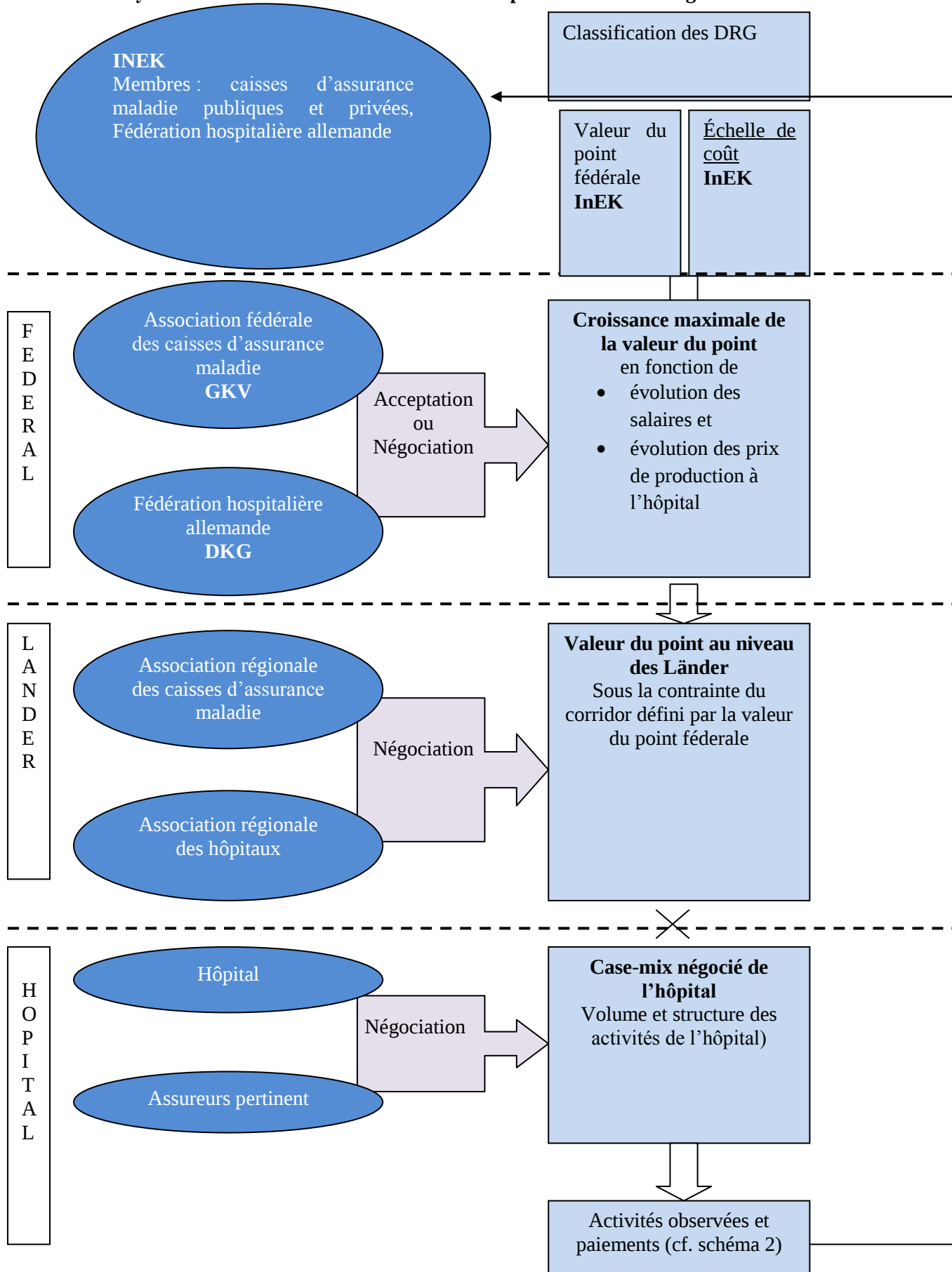
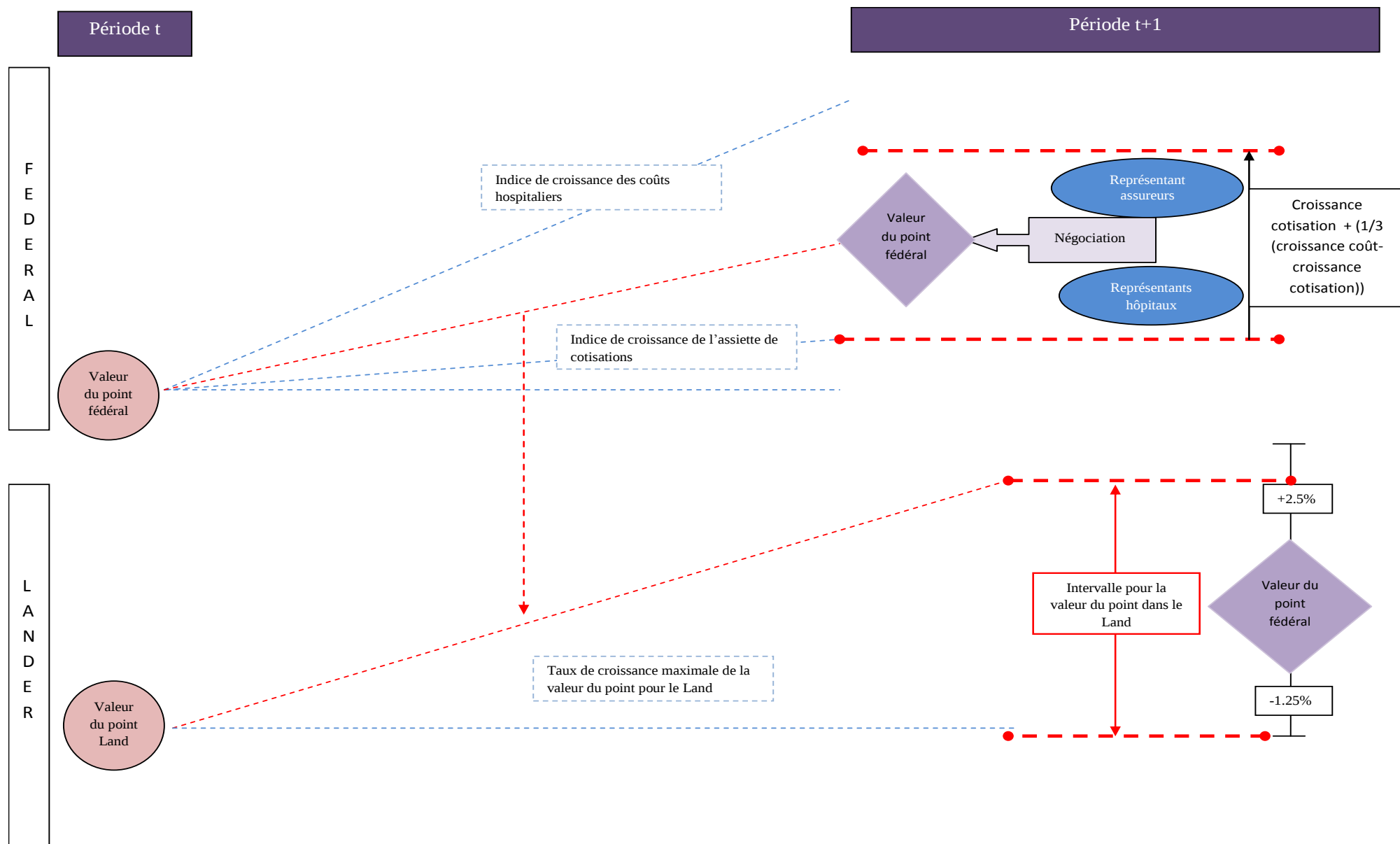


Schéma 2 : Fixation de la valeur du point en Allemagne



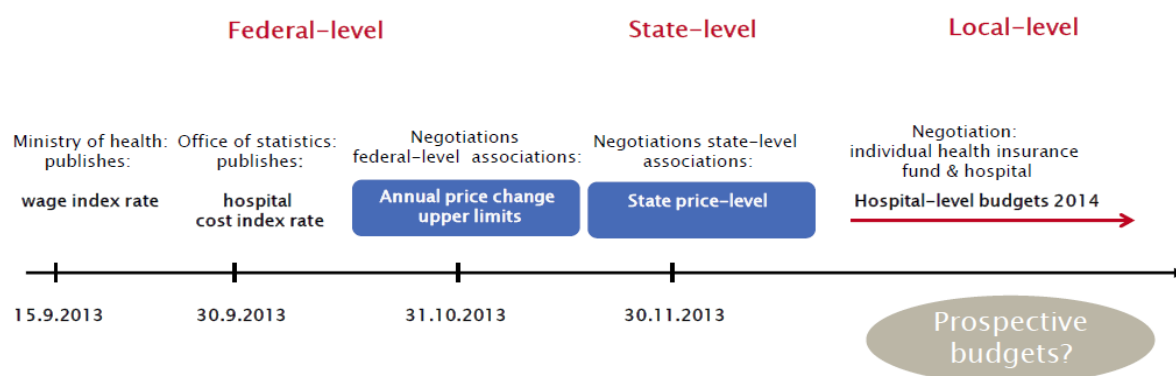
Le système de dégressivité tarifaire en Allemagne

La détermination du budget cible de l'hôpital, les limites de la négociation prospective en Allemagne

142. Les négociations entre un hôpital et les assureurs permettent de déterminer un budget cible pour les hôpitaux défini en termes de case-mix. Ces négociations individuelles impliquent tous les assureurs qui ont une part de marché d'au moins 5% dans l'hôpital ; les autres assureurs doivent accepter le résultat de la négociation.. De plus, Il n'y a pas de lien entre les prévisions d'activité réalisées au niveau du *Land* pour déterminer la valeur régionale du point et les volumes négociés avec chaque hôpital.

143. Les négociations sont en théorie prospectives. Mais en réalité, elles se déroulent dans l'année en cours. Ce délai s'explique partiellement par des négociations tardives pour la valeur du point au niveau des *Länder*, qui est un facteur crucial pour les négociations de case-mix dans les hôpitaux. Ainsi, alors que les négociations pourraient débuter en janvier, il n'est pas rare que des négociations n'aboutissent qu'en septembre. Ceci remet en cause le caractère prospectif des négociations entre un hôpital et les assureurs (cf. graphique 3.1) et remet en cause l'efficacité du système de dégressivité tarifaire.

Graphique 3.1 : Fixation de la valeur du point et négociation



Source : GKV

Une efficacité limitée de la dégressivité tarifaire en Allemagne

Évolution du système de dégressivité tarifaire

144. En Allemagne, deux taux de dégressivité tarifaires existent, qui correspondent à deux logiques différentes. Le premier taux a été introduit en 1985 et n'est pas lié au paiement à l'activité. ... La présence d'économies d'échelle à l'hôpital était évoquée pour justifier cette dégressivité tarifaire. Il était fait l'hypothèse que les paiements déjà reçus par l'hôpital avait permis d'amortir les coûts fixes liés au fonctionnement de l'hôpital.

145. À partir de 2003, ce mécanisme a été appliqué dans le cadre du paiement à l'activité pour les augmentations de volume « non négociées ». Depuis 2009, tout accroissement des volumes hospitaliers par rapport à l'année de référence, y compris les volumes « négociés », est soumis à la dégressivité tarifaire.. L'objectif de la dégressivité pour les volumes négociés a constamment évolué depuis sa mise en place en 2009. Entre 2009 et 2012, l'objectif était de réduire les dépenses. En 2013 et 2014, l'objectif est finalement devenu le contrôle de l'augmentation du volume d'activités dans les hôpitaux

Les deux niveaux de la dégressivité tarifaire

146. Deux taux de réduction de tarifs sont potentiellement applicables en fonction du caractère négocié ou non-négocié des volumes additionnels (Schéma 3):

- Toute augmentation du volume d'activité par rapport à l'année t-1 dans la limite des volumes négociés pour l'année t est rémunérée à un tarif réduit de 25% (taux en vigueur en 2013/2014). Le nom de ce dispositif est *Mehrleistungsabschlag*²⁶ ou *MLA*.
- Toute activité de l'hôpital au-delà du volume négocié est rémunérée à un tarif réduit de 65%. Le nom de ce dispositif est *Mehrerlösausgleich*²⁷ ou *MEA*.
- Parallèlement, tous les services prévus dans le volume négocié mais qui n'ont pas été effectivement dispensés sont payés à hauteur de 20% à l'hôpital.

147. Le MLA est appliquée à toute l'activité supérieure à celle de l'année t-1 et inférieure au volume négocié (Schéma 3). Le taux de dégressivité a constamment évolué entre 2009 et 2014. En 2009, ce taux était négocié au niveau de chaque Land. La moyenne des différents taux était de 24%. En 2010, la dégressivité sur les volumes négociés a été abandonnée puis réintroduite dès 2011 avec un taux de dégressivité fixé à 30%. En 2012, le taux était de nouveau négocié et en 2013 et 2014, il a été fixé à 25% de façon arbitraire. De plus, l'année de base pour le calcul des volumes additionnels en 2013 et 2014 est 2012.

148. Ce dispositif devait permettre de réaliser entre 270-350 millions d'euros d'économie en 2011 et 2012 sur un total de dépenses hospitalières de l'ordre de 65 milliards d'euros. Le rendement de ce dispositif est atténué par les nombreux services et exceptions qui permettent au directeur d'hôpitaux de réduire le champ d'application du MLA. Depuis la mise en place du paiement à l'activité, l'Allemagne a opté pour une approche en termes de services. Il n'existe donc pas d'exemptions pour des hôpitaux généraux mais des exemptions pour certains soins comme la transplantation qui n'est pas soumise à la dégressivité pour les volumes additionnels négociés. De plus, les activités liées à la construction d'une nouvelle structure ne sont pas comptabilisées dans le MLA. Un autre exemple est l'exclusion du dispositif des DRG pour lesquels les coûts de matériel représentent plus des 2/3 du coût total.

149. Sur le volume non-négocié s'applique le MEA, une diminution de 65% est appliquée au tarif pour tous les services au-dessus du volume négocié. Ce mécanisme a un impact limité du fait de l'organisation des négociations. En effet, la plupart des négociations se déroulent tard dans l'année. Par conséquent, les hôpitaux ont une idée assez précise du volume de soins qu'ils pourraient produire dans l'année. Ils négocient alors un budget proche de cette cible ce qui limite les risques de dépassement. Le rendement de ce mécanisme et son impact sur les volumes hospitaliers semblent donc faibles.

Facturation de la dégressivité tarifaire aux hôpitaux

150. Selon l'association des hôpitaux, les délais de paiement des factures des hôpitaux en Allemagne sont de 21 à 50 jours et dépendent des assureurs. Les départements médicaux des assureurs contrôlent environ 10% des factures (avec une variabilité qui s'étend de 10% à 30%). Cela dépend aussi de l'hôpital. Les obligations concernant les échanges de données entre assureurs et hôpitaux sont déterminées par la loi. Les échanges d'information se font uniquement sur la base d'un patient, pour l'assureur concerné, et au cas par cas.

²⁶ Littéralement « décote pour augmentation du rendement ».

²⁷ Littéralement « conciliation/compensation pour surplus »

151. Les deux taux de dégressivité, MLA et MEA se distinguent par leur impact en termes de trésorerie pour les hôpitaux. Alors que la MLA est répartie sur l'ensemble des séjours de l'année t , le taux s'appliquant aux volumes non négociés est réparti sur les séjours de l'année $t+1$. Ainsi, le cash-flow de l'année t est déterminé par la négociation de l'année courante mais aussi par des ajustements dépendant de la différence entre le volume effectivement réalisé en année $t-1$ et le volume négocié pour $t-1$. Si le volume négocié a été dépassé en $t-1$, l'hôpital doit rendre les 65% de trop-perçu aux assureurs. Il le fait par le biais d'un ajustement des tarifs de l'ensemble des actes réalisés en t , répartissant ainsi le trop-perçu entre les assureurs au prorata de leur part de marché dans l'activité de l'hôpital.

Discussion

152. Il est difficile d'évaluer l'impact de la dégressivité tarifaire en Allemagne, d'autant que ses objectifs ont changé au cours du temps.

153. La dégressivité tarifaire s'appliquant à l'accroissement de l'activité négocié par rapport à l'année de référence pour chaque hôpital (MLA) a d'abord été introduite pour limiter la croissance des dépenses, puis pour freiner l'augmentation des volumes d'activité. La MLA a permis de réaliser des économies depuis son introduction, à hauteur de 0.5% des dépenses hospitalières environ. En 2013 et 2014, les économies réalisées grâce à la MLA ont été redistribuées aux hôpitaux à travers une augmentation du tarif de base des DRGs. Sans cela, ce tarif aurait diminué du fait de l'accroissement de l'activité, pénalisant tous les hôpitaux, y compris ceux ayant connu une faible progression de leur activité.

154. Le Tableau 3.6 montre un ralentissement dans l'accroissement annuel du volume d'activité (case-mix) depuis l'introduction de la MLA en 2009, que les hôpitaux peuvent présenter comme un impact positif de la dégressivité tarifaire. Alors que les hôpitaux prétendent que le reste de la croissance n'est guidé que par l'évolution des besoins médicaux, les assureurs estiment que cette croissance reste supérieure à ce que les évolutions démographiques laisseraient prévoir (Augurzkzy, 2012). De leur point de vue, les hôpitaux sont toujours incités à négocier un accroissement des volumes élevé puisque ceux-ci ne seront soumis qu'une seule année au tarif dégressif (ou deux ans en 2014), puis payés à taux plein les années suivantes.

155. De plus, le système de dégressivité tarifaire en Allemagne a des effets pervers. Un hôpital peut augmenter ses activités une année en dépassant les différents volumes négociés même si cela est coûteux pour lui. En effet, l'année suivante ce volume d'activité servira de base pour la négociation. Pour autant, si un hôpital peut avoir un intérêt à agir ainsi, cette hausse de l'activité contribuera à l'augmentation du volume d'activité au niveau du Land qui sera prise en compte lors de la fixation de la nouvelle valeur du point.

156. Pour limiter cet effet pervers, en 2013, a été mise en place une redistribution des hôpitaux ayant augmenté leurs activités vers ceux ayant maintenu leurs activités. Ainsi, les caisses d'assurance maladie pouvaient payer un tarif de DRG augmenté de 0,8% en 2014 aux hôpitaux dont le volume de production n'augmentait pas. Ce mécanisme a été mis en œuvre à la demande de certains hôpitaux pour compenser les externalités négatives de l'accroissement de l'activité de certains hôpitaux sur la valeur du point.

Tableau 3.4 : Taux de croissance du case-mix entre 2004 et 2012

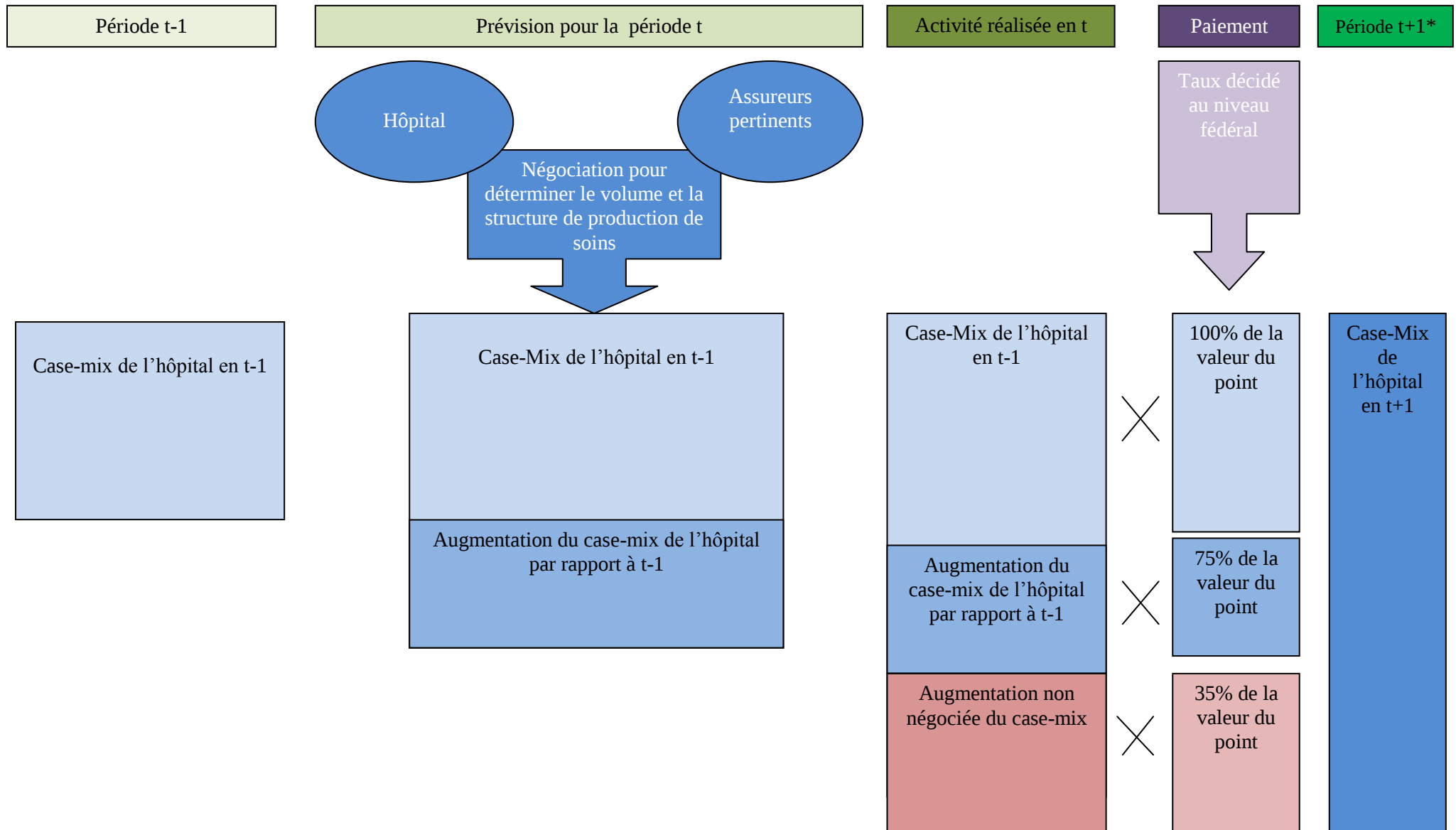
Année	Case-Mix réalisé	Evolution du case-mix	Taux de croissance du case-mix	Valeur du point Fédéral (€)	Taux de croissance de la valeur du point	MLA
2004	15 476 804					
2005	16 033 965	557 161	3.60%			
2006	16 528 236	494 271	3.10%			
2007	17 148 731	620 495	3.80%			
2008	17 683 593	534 862	3.10%			
2009	18 084 944	401 351	2.30%			Taux négocié
2010	18 559 432	474 488	2.60%	2935.78		
2011	18 764 079	204 647	1.10%	2963.82	1.00%	Taux fixé à 30%
2012	19 101 878	337 799	1.80%	2991.53	0.90%	Taux négocié
2013				3068.37	2.60%	Taux fixé à 25%
2014				3156.82	2.90%	Taux fixé à 25% avec 2012 comme volume de base

Source : GKV

157. Le taux de dégressivité s'appliquant aux volumes non négociés (65%) est bien plus contraignant et fixé à un niveau très élevé, de manière à décourager toute activité ne relevant pas d'une urgence. Cependant, il n'est pas souvent appliqué du fait que les négociations entre hôpitaux et assureurs concernant l'accroissement des volumes par rapport à l'année de référence se déroulent tard l'année en cours –souvent en septembre- au lieu d'être totalement « prospectives ». À ce moment-là, les hôpitaux sont souvent capables de prédire le volume d'activité qu'ils vont produire d'ici la fin de l'année. Le risque de produire plus que le volume négocié, et donc d'être soumis au second taux de dégressivité, est donc réduit.

158. Schreyögg et al. (2014) interrogent dans une étude récente l'efficacité de la dégressivité tarifaire dans sa forme actuelle (MLA), qui s'applique à quasiment tous les DRGs et tous les hôpitaux. Les auteurs proposent notamment de cibler la MLA sur certains diagnostics. Elle ne devrait pas s'appliquer aux traitements d'urgence par exemple, mais plutôt se concentrer sur des traitements électifs ayant un caractère plus discrétionnaire (par exemple les arthroplasties du genou ou de la hanche). L'étude appelle enfin à conduire des recherches plus approfondies sur l'impact de la dégressivité tarifaire sur l'activité des hôpitaux et la qualité des soins.

Schéma 3 : Paiement des hôpitaux en Allemagne



* : Sauf en 2013, où la base pour le calcul de la dégressivité tarifaire était l'activité négociée en t-2

Références bibliographiques et sites internet

- Augurzky, B et al. (2012), *Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen: Endbericht – Mai 2012. Forschungsbericht im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes*, RWI Projektberichte, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:hbz:061:3-20199>
- Heimig F., CEO InEK GmbH, “Implementation and development of G-DRG in Germany”, http://www.nrc.cz/system/files/2011/10/heimig_implementation_and_development_g_drg_in_germany_15093.pdf
- Kumar, A., Schoenstein (2013), “Managing hospital volumes. Germany and experiences from OECD countries”, OECD Health working paper n°64, OECD publishing
- Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Geissler A, Busse R (2011) “Germany: Understanding G-DRGs” in *Diagnosis-Related Groups in Europe, moving towards transparency, efficiency and quality*
- Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Geissler A, Busse R (2013) “Hospital Payment Based On Diagnosis-Related Groups Differs In Europe And Holds Lessons For The United States” *Health Affairs*, vol. 32, no. 4, pp. 713-723.
- Schreyögg J et al. (2014), *Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach Paragraph 17b Abs. 2 KHG download under: http://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10_Anlage_Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung_FIN.pdf* Sites internet
- Fédération hospitalière allemande : <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/257/aid/10696>
- Association fédérale des caisses d’assurance maladie : http://www.gkv-spitzenverband.de/english/statutory_health_insurance/statutory_health_insurance.jsp
- Ministère de la santé : <http://www.bmg.bund.de/ministerium/english-version.html>
- Federal Joint Committee : <http://www.english.g-ba.de/>
- IneK (site uniquement en allemand) : <http://www.g-drg.de/cms/>

La dégressivité tarifaire dans le Maryland (États-Unis)

*Données de base sur le système de santé dans l'état du Maryland et le système hospitalier*²⁸

Le marché de l'assurance dans le Maryland

159. Aux États-Unis, jusqu'en 2014, la couverture santé était volontaire.²⁹ La majorité des Américains sont assurés dans le secteur privé, souscrite à titre individuel ou par l'employeur. Dans l'État du Maryland en 2011, 61% de la population bénéficie de ce type de couverture contre 53% dans l'ensemble des États-Unis.

160. Parallèlement, l'État gère deux principaux régimes d'assurance publics en faveur des groupes à faible revenu (Medicaid) et des personnes âgées et des personnes à risque (Medicare). Medicare est un programme fédéral, qui s'adresse aux résidents de plus de 65 ans, aux personnes handicapées et à celles qui souffrent d'une pathologie rénale au stade terminal. Medicaid, qui dépend des États, couvre les personnes à faible revenu. Dans le Maryland, 12% (14% dans l'ensemble des États-Unis) de la population est assurée par Medicare et 12% par Medicaid (16% dans l'ensemble des États-Unis). Ces programmes sont financés par l'impôt mais les personnes qui peuvent en bénéficier ne sont pas couvertes automatiquement : elles doivent s'affilier et, dans certains cas, payer des primes.

161. Une forte proportion de la population, estimée à environ 15,5 %, est dépourvue d'assurance-maladie dans l'ensemble des États-Unis. Dans le Maryland, 13% de la population semble ne pas bénéficier d'assurance maladie. La loi sur les soins abordables (*Affordable Care Act*) adoptée en 2010 vise à étendre progressivement la couverture par l'assurance-maladie, qui est obligatoire pour tous les citoyens et résidents en situation régulière depuis janvier 2014. À compter de cette date, les personnes qui ne souscriront pas d'assurance-maladie s'exposent à un risque d'amende³⁰.

162. Dans le Maryland, l'assureur Carefirst concentre 66% du marché « couverture individuelle », 73% sur le marché des petites entreprises³¹ et 70% sur le marché des grandes entreprises. Ainsi, l'indice Herfindahl-Hirschman est très élevé dans l'État du Maryland atteignant 5530 pour le marché des petites entreprises³² signe d'un marché de l'assurance très peu compétitif³³.

163. Les primes moyennes par personne dans l'État du Maryland étaient proches en 2010 de celles dans l'ensemble des États-Unis. Ainsi, sur le marché de l'assurance individuelle, la prime

²⁸ Afin de garantir une comparabilité des données, les statistiques utilisées pour le Maryland et les États-Unis sont issues de la base de données de la Kaiser Family Foundation (<http://kff.org/>) lorsqu'une autre source n'est pas spécifiée.

²⁹ Les données disponibles et présentées ci-dessous sont antérieures à l'obligation d'assurance qui s'applique depuis 2014.

³⁰ <http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>

³¹ Entreprises de 1 à 100 employés.

³² 5131 pour les grandes entreprises contre 3964 en moyenne aux États-Unis et 4727 sur le marché de l'assurance individuelle proche de la moyenne aux États-Unis qui s'élève à 4110.

³³ Pour rappel, cet indice est compris entre 0 et 10 000. Lorsque l'indice est compris entre 0 et 1000, le marché est très compétitif, 1000 et 1500 le marché est peu concentré, entre 1500 et 2500 le marché est modérément concentré et au-delà de 2500 le marché est non compétitif.

moyenne mensuelle³⁴ est de USD 219 dans l'État du Maryland contre USD 215 dans l'ensemble des États-Unis. Sur les marchés de l'assurance d'entreprise les primes sont substantiellement supérieures mais majoritairement à la charge de l'employeur. Ainsi, la prime moyenne mensuelle³⁵ sur le marché d'assurance d'entreprises atteint USD 442 (USD 93 pour l'employé et USD 349 pour l'employeur) dans le Maryland et USD 448 (USD 94 pour l'employé et USD 354 pour l'employeur) dans l'ensemble des États-Unis.

164. D'après les dernières données disponibles pour les États-Unis, en 2011, la part du financement public est majoritaire dans les recettes des hôpitaux. Ainsi, d'après l'American Hospital Association, 57,7% des recettes des hôpitaux provenaient des programmes publics (39,3% Medicare et 16,3% Medicaid et 1,8% pour les autres programmes publics). Les recettes provenant des assureurs privés représentaient 34,6% des recettes des hôpitaux³⁶.

Dépenses de santé et offre de soins hospitaliers dans l'État du Maryland

165. Les dépenses de santé représentaient en 2009 une part équivalente du produit intérieur brut dans l'état du Maryland et aux États-Unis soit 15% du produit intérieur brut. La croissance annuelle des dépenses de santé est équivalente dans l'État du Maryland et dans l'ensemble des États-Unis entre 1991 et 2009. En effet, la croissance annuelle des dépenses de santé dans le Maryland entre 1991 et 2009 a atteint 6,6% et 6,5% dans l'ensemble des États-Unis.

166. En 2009, les dépenses de santé par tête étaient 10% plus élevées dans le Maryland que dans l'ensemble des États-Unis (USD 7 492 contre USD 6 815). Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène comme des coûts des soins plus élevés, une population couverte plus importante qu'en moyenne dans les États-Unis.

167. Les dépenses hospitalières³⁷ représentaient en 2009 une part équivalente des dépenses de santé dans le Maryland et aux États-Unis (respectivement 37% et 36%). Les dépenses hospitalières représentaient donc 5,5% du produit intérieur brut dans l'État du Maryland et aux États-Unis.

168. La dépense totale par tête pour les soins hospitaliers est de 12% plus élevée dans le Maryland que dans l'ensemble des États-Unis. Le coût total des soins en milieu hospitalier qui nécessitent au moins une nuit à l'hôpital (inpatient care) par jour s'élève à USD 2 368 dans le Maryland contre USD 1960 aux États-Unis (graphique 3.2).

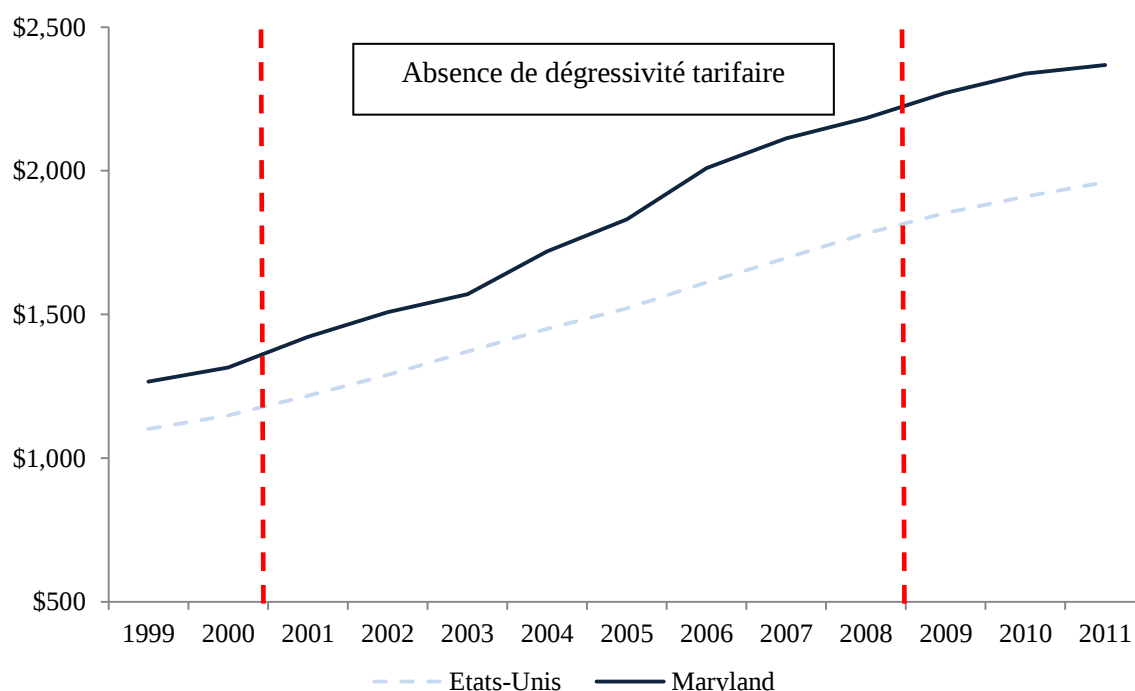
³⁴ Les valeurs de la prime moyenne représentent le total des revenus générés par les primes collectées divisé par le nombre total de membres des principaux assureurs sur le marché de l'assurance individuelle.

³⁵ Average Single Premium per Enrolled Employee For Employer-Based Health Insurance

³⁶ Source : <http://www.aha.org/research/reports/tw/chartbook/index.html>, le reste des ressources ne sont pas attribuées à un payeur particulier.

³⁷ Les dépenses hospitalières couvrent tous les services fournis par les hôpitaux aux patients. Il s'agit notamment des coûts d'hébergements, les frais de logistique générale, les services de médecins résidents, les médicaments délivrés à l'hôpital, les soins infirmiers et tout service facturé par les hôpitaux aux États-Unis. La valeur des services hospitaliers est mesurée par le revenu net total, ce qui équivaut aux revenus bruts moins notamment les dettes, et les soins de charité (Charity care).

Graphique 3.2 : Dépense totale moyenne par jour pour les soins hospitaliers avec au moins une nuit à l'hôpital dans le Maryland et aux États-Unis (2001-2011)



Source : Kaiser Foundation family database, 2014

169. On dénombre 46 hôpitaux pour soins aigus dans le Maryland. Trois hôpitaux sont des centres universitaires, trente hôpitaux sont des hôpitaux multidisciplinaires en ville et treize hôpitaux sont situés dans des zones rurales. Les patients sont libres de choisir l'hôpital qu'il souhaite pour se faire soigner.

170. L'offre de lit³⁸ en 2011 dans l'État du Maryland était inférieure de 23% à celle dans l'ensemble des États-Unis. Ainsi, on compte, pour ce champ, 2,6 lits pour 1000 habitants aux États-Unis contre 2 dans le Maryland. Le nombre de lits est resté constant depuis les années 2000 dans l'État du Maryland alors qu'il a légèrement diminué aux États-Unis passant de 2,9 lits pour 1000 habitants en 2000 contre 2,6 en 2011. Dans le même temps, le nombre d'hôpitaux³⁹ est resté stable dans l'État du Maryland passant de 49 à 48 hôpitaux et a légèrement augmenté aux États-Unis passant de 4915 hôpitaux à 4973 hôpitaux. L'offre de lits dans l'État du Maryland est exclusivement privée à but non lucratif. En effet, le système de « all-payer » modèle en vigueur au Maryland où les tarifs sont fortement régulés par rapport au reste des États-Unis pourrait desinciter les hôpitaux lucratifs à s'installer.

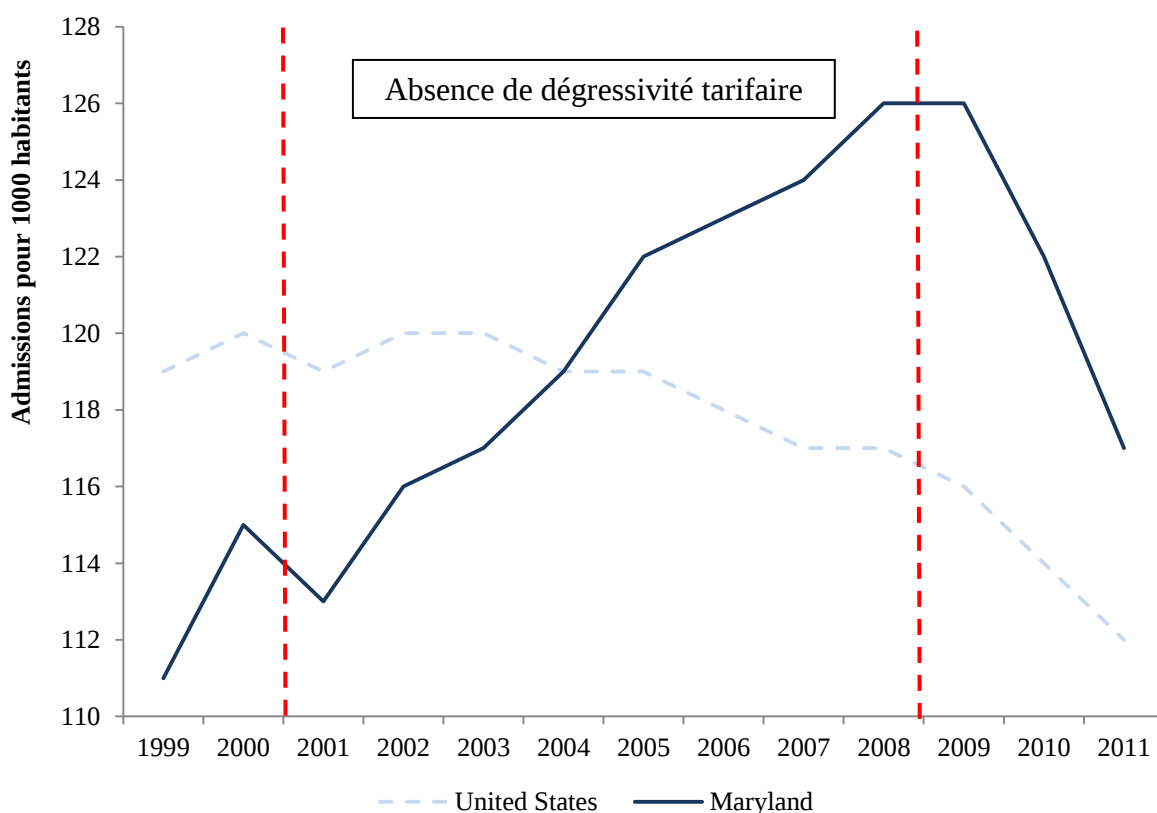
³⁸ Les données comprennent les lits dotés en personnel pour les hôpitaux communautaires, qui représentent 85% de tous les hôpitaux. Les hôpitaux fédéraux, les hôpitaux de soins de longue durée, les hôpitaux psychiatriques, les institutions pour handicapés mentaux et pour le traitement de l'alcoolisme ne sont pas inclus.

³⁹ Les données comprennent les hôpitaux communautaires, qui représentent 85% de tous les hôpitaux. Les hôpitaux fédéraux, les hôpitaux de soins de longue durée, les hôpitaux psychiatriques, les institutions pour handicapés mentaux et pour le traitement de l'alcoolisme ne sont pas inclus.

171. Le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux communautaires⁴⁰ dans l'État du Maryland est supérieur de 9 points de pourcentage par rapport à l'ensemble des États-Unis. 74% des lits étaient occupés en 2010 dans le Maryland contre 65% dans l'ensemble des États-Unis (National Center for Health Statistics, 2013). La durée moyenne de séjour dans les hôpitaux communautaires dans le Maryland est de 4,641 jours soit 0.36 jour de moins que dans l'ensemble des États-Unis (4,96 jours).

172. Le nombre d'admissions dans le Maryland a constamment augmenté entre 2001 et 2009 puis a fortement diminué (graphique 3.3). Ainsi, le nombre d'admissions pour 1000 habitants a augmenté de 12% entre 2001 et 2009 alors que dans le même temps le nombre d'admissions pour 1000 habitants diminuait de 2,5% dans l'ensemble des États-Unis. À noter que durant ce laps de temps, le mécanisme de dégressivité tarifaire dans le Maryland qui sera décrit dans la partie suivante avait été abandonné suite à un accord avec les hôpitaux.

Graphique 3.3 : Admissions pour 1000 habitants entre 1999 et 2011 dans l'État du Maryland et aux États-Unis



Source : Kaiser Foundation family database, 2014

Le paiement des hôpitaux

Le paiement des hôpitaux jusqu'en 1977, un système proche du paiement à l'acte

Le remboursement basé sur les coûts, un système inflationniste

⁴⁰ Hôpitaux non-fédéraux, hôpitaux avec des séjours de court terme, les hôpitaux spécialisés.

⁴¹ Source : AHA Annual Survey of Hospitals

173. À la fin des années 1960, les hôpitaux dans le Maryland étaient payés par les principaux assureurs sur la base de leurs coûts déclarés pour traiter les patients. Sous ce régime « remboursement basé sur les coûts » (CBR) les hôpitaux étaient payés pour les dépenses autorisées définies pour l'année à venir (sur la base notamment des dépenses versées lors de l'exercice précédent). Ce système était assimilable à un paiement à l'acte. Chaque acte entrepris par l'hôpital pour le traitement était pris en compte dans le calcul du coût du traitement. Le CBR n'incitait donc pas les hôpitaux à contrôler les coûts. Dans les faits, il les incitait à augmenter leurs dépenses chaque année car ceci leur assurait des revenus plus élevés l'année suivante. En conséquence, les coûts hospitaliers dans le Maryland étaient très élevés par rapport à d'autres États et augmentaient plus vite que les coûts hospitaliers à l'échelle nationale.

174. Autre défaut de ce système de remboursement, le calcul des remboursements en fonction des coûts ne prenait pas en compte les soins prodigués aux non-assurés. Par conséquent, les hôpitaux qui traitaient un grand nombre de patients non-assurés (principalement les hôpitaux de la ville de Baltimore) faisaient face à de grandes difficultés financières.

Dès le début des années 70, une volonté de contrôler plus efficacement la croissance des coûts hospitaliers

175. Face à une inflation des coûts et les difficultés financières de certains hôpitaux, a été créée en 1971 la *Health Services Cost Review Commission* (HSCRC). Les principaux objectifs poursuivis par le législateur par la mise en place d'une commission chargée du suivi des coûts étaient de trouver un moyen de rémunérer les hôpitaux pour les soins prodigués aux patients non-assurés et de mieux contrôler les coûts globaux du traitement des patients dans les hôpitaux. Les autres objectifs de cette réforme étaient de créer un système de paiement équitable pour les hôpitaux, diffuser des données et des informations auprès du public sur la performance des hôpitaux et assurer la stabilité financière pour les hôpitaux efficaces.

176. La HSCRC avait alors pour principal mandat d'examiner et d'approuver les tarifs d'hospitalisation. En approuvant les tarifs d'hospitalisation, la Commission est tenue de s'assurer que les coûts totaux de tous les services offerts par un hôpital sont raisonnables, les recettes globales de l'hôpital sont raisonnablement liées à ses coûts totaux et les tarifs sont fixés de manière équitable entre tous les acheteurs de services hospitaliers.

177. Dès sa création, la HSCRC jouit d'une forte indépendance. Cette agence gouvernementale est légalement sous l'autorité du Gouverneur de l'État et non du secrétaire d'État à la santé. Pour autant, le département de la santé a uniquement un certain contrôle administratif de l'agence (fonctions de personnel en grande partie). De plus, la HSCRC jouit également d'une indépendance économique puisque son financement provient d'une majoration des tarifs des hôpitaux payés par les assureurs. Par ailleurs, la commission rend des comptes uniquement au Gouverneur de l'État et non au département de la santé. Enfin, elle est dirigée par une commission composée de sept délégués ayant accepté de siéger sur la base du volontariat.

Le All-Payer modèle

Dispense obtenue par le Maryland en 1977 pour la gestion des tarifs hospitaliers

178. Afin de pouvoir mettre en place sa propre politique tarifaire, l'État du Maryland a demandé une dispense auprès de Medicare afin de mener sa propre politique tarifaire au sein des hôpitaux. En effet, au milieu des années 70, Medicare avait pour ambition d'expérimenter de nouvelles formes de paiements des hôpitaux. Maryland et quelques autres États (New York, New Jersey, Massachusetts,

West Virginia et Washington) ont alors postulé afin d'obtenir une dispense d'appliquer le système national de Medicare et Medicaid et de pouvoir substituer à ce système national une prise en charge des catégories de la population assurée par Medicare et Medicaid selon un système défini spécifiquement par l'État. Maryland a été le premier État à obtenir cette dispense en 1977.

179. Le Maryland est le dernier état où cette dispense est encore effective. Pour préserver cette dispense, l'État du Maryland doit satisfaire les conditions d'un test portant sur la croissance des paiements par cas.

180. Dès la dispense obtenu, le Maryland alors mis en œuvre le *All-payer model*. Les tarifs des hôpitaux sont alors fixés par l'HSCRC pour l'ensemble des hôpitaux non plus négociés entre assureurs et hôpitaux. Cette spécificité a permis à l'État du Maryland de mettre en œuvre des politiques tarifaires innovante au sein des hôpitaux et notamment être le premier État à mettre en place le système de paiement à l'activité.

2.2.2 La mise en place du paiement à l'activité en réponse à l'augmentation des coûts

181. Le paiement à l'activité dans l'État du Maryland est un système de tarification à deux étages qui rend unique ce système de tarification à l'activité par rapport à ceux en vigueur dans les pays de l'OCDE.

Premier étage du paiement l'activité, calcul du coût basé sur l'activité

182. Premier étage du paiement à l'activité dans le Maryland, l'HSCRC fixe un coût unitaire par poste de revenu pour chaque hôpital. Il existe environ 50 postes de revenue par hôpital. Un poste de revenue est par exemple une unité de soins intensifs, une salle d'opération, radiologie, département d'urgence, laboratoire de biologie...

183. Pour fixer les tarifs, l'HSCRC collecte des données de coûts détaillées à partir d'un système comptable évaluant le coût basé sur l'activité (*Activity Based Costing*) et qui alloue les coûts directs et indirects à chaque poste de revenu. Les hôpitaux sont dans l'obligation de fournir leurs données relatives aux coûts s'ils souhaitent être éligible aux remboursements de Medicare. Ces données permettent alors de calculer, par centre de coûts, des coûts par unité (exemple : par jour, par minute, par unité de valeur relative...).

184. Les tarifs sont ensuite ajustés afin de prendre en compte la diversité de l'offre hospitalière. Ainsi, les tarifs prennent en compte les différences sur le marché du travail en fonction de la zone d'implantation de l'hôpital, de la part de patients pour chaque origine ethnique. Ainsi, les tarifs pour l'hôpital Johns Hopkins, hôpital universitaire de l'État, ne sont pas les mêmes que ceux d'un hôpital rural. Par ailleurs, un fonds permet de mutualiser les coûts des soins prodigués aux patients non assurés. Ce fonds compense ensuite les hôpitaux pour ces soins.

185. Une actualisation des coûts s'applique à l'ensemble des hôpitaux sur les activités hospitalières et ambulatoires tous les ans. Le taux d'actualisation dépend de plusieurs facteurs clés. Tout d'abord, l'HSCRC utilise un indicateur reflétant l'augmentation des coûts des facteurs de production publiés par Medicare et appelés le *Market Basket Index*. Ensuite, dans un second temps, la Commission fixe une limite pour la croissance du Case-mix. Enfin, la Commission a un pouvoir discrétionnaire pour augmenter le taux d'actualisation afin d'accroître la rentabilité des hôpitaux par exemple pour stimuler l'investissement en capital ou diminuer ce taux en fonction de gains de productivité supposés dans le secteur hospitalier ou pour respecter les contraintes liées au test pour la dispense délivrée par Medicare.

186. L'ensemble des hôpitaux bénéficie du même taux d'actualisation des tarifs. Pour autant, certains programmes peuvent avoir un impact sur le taux d'actualisation final dont bénéficiera l'hôpital. Ainsi, dans le cadre du paiement à la performance des hôpitaux, les hôpitaux qui ont des résultats satisfaisants peuvent voir leur taux d'actualisation augmenté et les hôpitaux les moins performants peuvent voir leur taux d'actualisation réduit. Ainsi, par exemple, si le taux d'actualisation pour une année est de 2,0%. Un hôpital qui a de bons résultats dans les programmes de paiement à la performance pourra bénéficier d'un taux d'actualisation de 2,5%. Si un hôpital présente de mauvais résultats son taux d'actualisation pourra être abaissé à 1,5%. La Commission a progressivement augmenté la part du taux d'actualisation qui est modifiée en fonction des performances de l'hôpital.

187. Dans le processus de fixation de tarifs, la recherche d'un consensus satisfaisant pour l'ensemble des acteurs (hôpitaux et assureurs) a toujours été privilégiée dans le Maryland. Ainsi, les représentants des hôpitaux ont la possibilité de demander à l'HSCRC une révision de leurs tarifs si les revenus générés par son activité ne permettent pas de couvrir les coûts de production. L'hôpital a alors la charge de produire un rapport sur ces coûts démontant la divergence entre les tarifs qui lui sont appliqués et les coûts qu'il supporte en réalité. Afin de juger du bien-fondé de la demande de l'hôpital, la Commission compare également les coûts de l'hôpital à l'origine de la procédure avec les coûts d'hôpitaux similaires. Pour des hôpitaux qui n'ont pas d'équivalent au sein du Maryland, l'analyse des coûts d'hôpitaux d'autres États peut être menée même si ceci pose certains problèmes de comparabilité. Lorsque les tarifs des hôpitaux doivent être ajustés, ces ajustements se font de manière progressive sur plusieurs années.

Deuxième étage, le paiement à l'activité comme contrainte pour le remboursement moyen d'une hospitalisation par les hôpitaux

188. Le système de coût basé sur l'activité est très désagrégé et l'approche par centre de coût rapproche ce système de paiement à un paiement à l'acte. Ainsi, lorsque l'HSCRC tentait de limiter la croissance des dépenses hospitalières en limitant le niveau du taux d'actualisation, les hôpitaux pouvaient augmenter leurs revenus en augmentant le volume par centre de coûts (plus de tests, plus de jours d'hospitalisation...).

189. En réponse à cet effet pervers de ce système de paiement, l'HSCRC a mis en place un paiement à l'activité. Le système de paiement basé sur les coûts est préservé mais les revenus de l'hôpital sont contraints par le système de paiement à l'activité. Chaque hôpital a un revenu total cible. Il peut facturer des prix différents pour les patients mais doit veiller à respecter en moyenne cette contrainte par DRG. Il peut faire ceci de manière agrégée en surveillant son prix par cas ajusté par le case-mix. Si celui-ci est au-dessus du niveau prédéfini pour le prix cible par cas, ajusté par le case-mix, l'hôpital doit baisser ses prix unitaires pendant l'année pour assurer le retour au prix cible moyen. S'il ne le fait pas, l'HSCRC peut imposer de très fortes pénalités pour surfacturation. À noter que l'hôpital peut facturer plus ou moins 5% du prix fixé par l'HSCRC par centre de coûts au maximum.

190. Le Maryland utilise l'APR-DRG (*All Patient Refined – DRG*) comme système de classification. L'affectation dans une catégorie de gravité de la maladie dans un DRG de base se fait en fonction de la séquence de la CIM-9, des diagnostics secondaires et des codes de procédure. Cette logique pour l'affectation des patients découle des caractéristiques du système d'information créé par la société 3M. Le fonctionnement de l'APR-DRG est similaire à MS-DRG mais dans la structure d'APR-DRG, il y a 4 classes de sévérité pour chaque DRG (environ 320 GHM) ce qui mène à un total d'un peu plus de 1 300 classes possibles.

191. Avec ce système à deux étages, un hôpital est payé sur la base des tarifs par centre de coût fixé par l'HSCRC mais les incitations auxquels un hôpital doit faire face sont celles d'un paiement à l'activité. Si un hôpital parvient à limiter la durée moyenne de séjour ou l'utilisation des services

auxiliaires, il génère un surplus par rapport à sa contrainte issue du paiement à l'activité c'est-à-dire que son coût par DRG est plus faible que le revenu qu'il obtient en moyenne par DRG et l'hôpital réalise donc un « profit ».

192. Le champ du paiement à l'activité ne comprend pas tous les paiements des praticiens. Il est possible de distinguer deux rémunérations en fonction de la qualification du professionnel de santé. Ainsi, les radiologistes, les pathologistes ou les anesthésistes sont généralement salariés de l'hôpital. Au contraire, les généralistes et les chirurgiens sont le plus souvent indépendants et sont payés par un paiement à l'acte. Parallèlement, certaines activités ne sont pas soumises à la régulation des tarifs mis en place par l'HSCRC. Ainsi, certains hôpitaux ont mis en place des centres de soins ambulatoires qui sortent de la juridiction de l'HSCRC qui est responsable uniquement de déterminer les tarifs au sein du secteur hospitalier.

La dégressivité tarifaire ou Variable Cost Factor (VCF)

193. Le fondement de la mise en place du *Variable Cost Factor* (VCF) était de capter le revenu marginal qui découlait de l'augmentation des volumes hospitaliers. Bien que les conclusions des évaluations empiriques de la structure de coûts des hôpitaux afin d'identifier la présence d'économie d'échelle soient ambiguës, l'HSCRC estimait que dans un grand hôpital les coûts variables pouvaient s'élever à 50% voire 60%.

Le plafond d'activité pour le déclenchement de la dégressivité tarifaire

194. Pour déterminer le plafond d'activité pour le déclenchement de la dégressivité tarifaire, l'activité est analysée à un niveau plus agrégé que chaque DRG spécifique. Ainsi, l'HSCRC regarde le nombre de sorties ajustées par le case mix qu'un hôpital a réalisé durant l'année. Est ensuite calculé un équivalent du nombre de visites ambulatoires en termes de sorties d'hôpital ajusté par le case-mix⁴². La somme de ces deux agrégats permet d'obtenir le volume de l'hôpital pour l'année de base. C'est l'évolution de ce volume qui est analysé pour le déclenchement de la dégressivité tarifaire.

195. La mesure du volume qui sert de base pour le déclenchement du mécanisme de VCF est donc calculée selon la formule suivante :

196. Soit :

C, le case-mix de l'hôpital ;

D, le nombre de sorties pour les soins hospitaliers ;

V, le nombre de visites en ambulatoire ;

R_i, le revenu par sorties d'hospitalisation ajusté par le case-mix

R_o, le revenu par visite pour les soins ambulatoires au sein de l'hôpital

Volume ajusté par le case-mix = $C \times D + V \times R_o/R_i = C \times D \times \text{Total revenue/inpatient revenue}$

⁴²

Dans un premier temps est calculé un revenu par sortie d'hôpital ajusté par le case-mix. Ce revenu est calculé en divisant la recette totale de l'hôpital pour les soins hospitaliers par le nombre de sortie ajusté par le case-mix. La recette issue des visites en ambulatoire est alors divisé par le revenu par sortie d'hôpital ajusté par le case-mix pour obtenir un équivalent des visites ambulatoires en termes de sorties d'hôpital ajustées par le case-mix.

Volume ajusté par le case-mix = volume d'hospitalisation ajusté par le case-mix + le volume de visites ambulatoires ajusté selon le rapport entre le revenu d'une hospitalisation et le revenu d'une visite.

197. Par ailleurs d'un point de vue dynamique, le revenu autorisé pour l'année t+1 avant le déclenchement de la dégressivité tarifaire est défini selon deux modalités :

- Dans le cas d'une augmentation de l'activité par rapport au revenu autorisé en t : le revenu autorisé pour l'année t+1 est égal au revenu autorisé en t auquel on ajoute la partie des coûts variables engendrés par l'augmentation d'activité. Ainsi, si un hôpital avait un revenu autorisé de 100 en t et enregistre un revenu de 110. Le revenu autorisé pour l'année t+1 est égal à 100 plus la partie des coûts variables liés au 10 de revenu supplémentaire soit 6 dans le cas d'un VCF de 60%.
- Dans le cas d'une diminution de l'activité par rapport au revenu autorisé en t : le revenu autorisé pour l'année t+1 est égal à la recette enregistré en t plus les coûts fixes engendrés par la recette qui aurait dû être réalisée en t. Ainsi, si un hôpital avait un revenu autorisé de 100 en t et enregistre un revenu de 90. Le revenu autorisé pour l'année t+1 est égal à 90 plus la partie des coûts fixes liés au 100 de revenu autorisé soit 4 dans le cas d'un VCF de 60%. Le revenu autorisé est donc égale 94 en t+1 dans cet exemple.

Évolution du mécanisme de dégressivité tarifaire depuis sa mise en place en 1977

198. La dégressivité tarifaire a été mise en place dès l'introduction du paiement à l'activité des hôpitaux en 1977. La dégressivité tarifaire ne s'applique pas de façon différenciée en fonction du type de services. De ce point de vue, la dégressivité tarifaire est un peu rustique. Pour autant, distinguer la dégressivité tarifaire par service s'avèrerait très complexe dans le Maryland.

199. Dès 1977, pour toute augmentation incrémentale des volumes au-delà du plafond d'activité, l'hôpital ne recevait que 50% du tarif fixé par l'HSCRC. La dégressivité tarifaire neutralise donc l'incitation à augmenter l'activité. Cependant, la dégressivité tarifaire n'est pas seulement un moyen de réguler l'accroissement des volumes. Il permet également de protéger les hôpitaux contre des baisses d'activités. En effet, en cas de baisse des volumes hospitaliers, l'hôpital recevait 50% du montant de cette baisse des volumes afin de couvrir ses coûts fixes.

200. Au début des années 90, l'HSCRC a progressivement réduit l'importance de la régulation des volumes hospitaliers par le biais de la dégressivité tarifaire. Afin de permettre aux hôpitaux de générer plus de recettes et augmenter leur rentabilité, la dégressivité tarifaire a été supprimée pour certains hôpitaux (Johns Hopkins et Université du Maryland, les deux plus grands centres hospitaliers universitaires) et fixée à 15% pour le reste des hôpitaux. Il semble que le taux de 15% ait été retenu plus dans une optique politique qu'économique. En effet, ce taux devait permettre aux hôpitaux de dégager plus de recettes et augmenter ainsi leur rentabilité. De plus, la baisse de ce taux devait permettre aux hôpitaux de mener des politiques d'investissement. Parallèlement en ligne avec la tradition de discussion au sein du Maryland, les représentants des hôpitaux ont la possibilité de demander des exceptions notamment s'ils ouvrent une nouvelle salle d'opération ou alors réalisaient de nouveaux investissements en capitaux.

201. Entre 2001 et 2008, la dégressivité tarifaire a été supprimée. Durant cette période la priorité a été donnée au *managed care* dans l'ensemble des Etats-Unis mais également dans le Maryland. Le Maryland avait le quatrième plus important dispositif de *managed care* aux Etats-Unis. L'HSCRC était alors convaincue que le *managed care* permettrait de réguler la croissance des volumes

hospitaliers. Pour autant, au début des années 2000, le *managed care* aux Etats-Unis s'est effondré du fait notamment d'un rejet des consommateurs, dû aux restrictions imposées. L'abandon de la dégressivité tarifaire et l'échec du *managed care* a engendré une croissance importante des volumes dans le Maryland entre 2001 et 2008. En réponse à cette hausse des volumes, le système de dégressivité tarifaire a été remis en place en 2008. Le taux est revenu à son niveau prévalent dans les années 80. Ainsi, toute hausse de l'activité au-delà du plafond est dorénavant facturée à hauteur de 50% du tarif en vigueur.

La dégressivité tarifaire semble avoir eu un impact sur l'activité et l'organisation des hôpitaux

202. L'évolution constatée de l'organisation des hôpitaux et la concomitance entre la suppression de la dégressivité tarifaire et la hausse des volumes hospitaliers laissent supposer un impact de la dégressivité tarifaire sur ces deux caractéristiques de l'offre hospitalières.

203. Tout d'abord les hôpitaux ont adapté la gestion de leur activité du fait de la dégressivité tarifaire afin de remédier aux effets pervers de l'indépendance des praticiens payés au paiement à l'acte. En effet, les médecins, et notamment les chirurgiens, ont un intérêt à multiplier les actes puisque leur revenu est fonction des actes prodigués. Dans le même temps, les hôpitaux doivent respecter les contraintes imposées par la dégressivité tarifaire. Ainsi, les hôpitaux ont mis en place des équipes chargées de la gestion des risques au sein de leur hôpital afin de contrôler l'activité des praticiens. Ce contrôle porte notamment sur la pertinence des traitements prodigués par les professionnels de santé mais également la durée moyenne de séjour pour une hospitalisation.

204. De plus, la dégressivité tarifaire semble avoir permis de réguler la croissance des coûts hospitaliers. En effet, Kalman (2014) montre une augmentation significative du nombre d'admissions pour les patients hospitalisés, des visites ambulatoires, et des coûts d'exploitation suite à la suppression de la dégressivité tarifaire entre 2001 et 2008. Après l'abrogation de la dégressivité tarifaire, les hospitalisations et les consultations externes ont connu des hausses importantes par rapport au taux de croissance observé dans les années précédentes de respectivement 7,8% et 16,7%. Le taux de croissance de l'hospitalisation a eu une augmentation significative après la suppression de la dégressivité tarifaire passant de 0,8% à 2,4%. Le taux de croissance des visites ambulatoire a connu une augmentation non significative de 3,4% à 4,7%. Les coûts d'exploitation des hôpitaux ont connu une augmentation relativement importante du niveau de référence en 2001 de 7,6%. Parallèlement, le taux de croissance du coût d'exploitation a connu une augmentation significative passant de 4,8% à 8,4%. Les coûts ont donc augmenté plus vite que les volumes.

205. Les résultats de cette étude indiquent que les hôpitaux réagissent aux changements d'incitations financières. L'augmentation de l'activité a coïncidé avec une forte inflation des coûts d'exploitation. L'étude de Kalman (2014) conclut donc que la dégressivité tarifaire peut représenter un modèle pour limiter la croissance des volumes hospitaliers et également la croissance des coûts au sein du secteur hospitalier.

Facturation et système d'information

206. L'hôpital n'est pas tenu de facturer pour chaque prise en charge les tarifs par centre de coûts ou par épisode de soins fixés par l'HSCRC. Pour un épisode de soins, il peut s'écarter de ces tarifs soit en s'écartant du tarif par centre de coûts soit parce que les ressources utilisées (nombre de jours d'hospitalisations, durée d'interventions...) sont différentes par rapport au cas moyen. Pour autant, l'hôpital est tenu de facturer à la fin de l'année aux assureurs au plus le budget total autorisé correspondant au produit du tarif fixé par épisode de soins et du case-mix. Pour y parvenir, l'hôpital doit donc compenser toute surfacturation par rapport aux tarifs fixés par l'HSCRC en facturant un prix

moins élevé au cours de l'année par centre de coûts dans la limite de plus ou moins 5%. Le tarif associé à chaque épisode de soins par le système de paiement à l'activité n'est donc pas contraignant pour l'hôpital. Il sert de référence pour permettre à l'hôpital de gérer au mieux son budget au cours de l'année.

207. Du fait du rôle de l'HSCRC dans la fixation des tarifs, il n'existe pas de négociations sur les tarifs entre hôpitaux et assureurs. Ainsi, les contrats sont principalement passés entre les hôpitaux et l'HSCRC. Les contrats entre hôpitaux et assureurs sont rares et portent principalement sur la rémunération des praticiens dont le paiement n'est pas inclus dans le système de paiement à l'activité.

208. Il existe une différence pour la facturation entre les patients Medicare et Medicaid et les patients privés. Ainsi, lorsque la dispense a été négociée, l'HSCRC a consenti un rabais de 6% à Medicare permettant aux patients Medicare et Medicaid de ne payer que 94% du tarif. La raison de ce rabais est que Medicaid en assurant les patients les plus pauvres diminue les coûts pour les patients non assurés (inclus dans les tarifs payés par tous les assureurs). Ainsi, ce rabais est une sorte de partage des coûts avec les assureurs privés. Le niveau du rabais n'a pas changé depuis 40 ans.

209. Tous les assureurs paient les hôpitaux. Les assureurs privés et Medicaid assurent un paiement prospectif en utilisant une formule définie par l'HSCRC. Cette formule permet de payer les hôpitaux sur la base des services prodigués. Pour les assureurs qui ne participent pas à ce programme, la facture doit être payée dans les soixante jours.

210. Pour l'application de la dégressivité tarifaire, l'hôpital est principalement responsable de surveiller son niveau d'activité par rapport au plafond qui a été fixé. Les hôpitaux réduisent alors leur tarif par centre de coûts lorsqu'ils anticipent un possible dépassement de leur cible de prix par cas ajusté par le case-mix, ou si leurs volumes augmentent trop fortement.

211. Dans le même temps, les hôpitaux doivent au cours de l'année mesurer l'évolution des volumes et l'impact que devrait avoir la dégressivité tarifaire appliqué à cette évolution sur leurs tarifs et recettes finales. Ils doivent alors essayer de moduler leurs tarifs durant l'année en cours. Les hôpitaux sont dotés d'un système d'information leur permettant d'ajuster au mieux leurs tarifs ce qui leur permet d'être dans la plupart du temps proche des tarifs finaux après prise en compte de la dégressivité tarifaire et donc du revenu autorisé. S'il subsiste une différence, les tarifs approuvés sont ajustés à la baisse ou à la hausse l'année suivante.

Discussion

212. La forte croissance des volumes hospitaliers (admissions, réadmissions, visites en urgence, soins ambulatoires) durant la période 2001 à 2008 a incité l'HSCRC à mettre en place plusieurs projets d'évolution du paiement des hôpitaux ces dernières années :

- Généralisation du budget global pour le paiement des hôpitaux ;
- Réintroduction du système de dégressivité tarifaire ;
- Paiements à la performance des hôpitaux.

213. Du fait de la volonté de généraliser le budget global, 93% des hôpitaux sont dorénavant rémunérés selon un budget global. Ainsi, le système de dégressivité tarifaire ne s'applique plus qu'à 7% des hôpitaux. Le faible nombre d'hôpitaux qui ont opté pour le système de dégressivité tarifaire au détriment du budget global s'explique par les restrictions très fortes pesant sur l'activité hospitalière pour les hôpitaux optant pour le système de dégressivité. En plus de la dégressivité tarifaire dont le

taux est fixé à 50%, s'ajoute deux nouvelles contraintes sur les volumes hospitaliers, le *volume governor* et le *Case-mix governor*. Le premier limite la croissance des volumes hospitaliers à 2% par an. Le deuxième limite la croissance du case-mix dans les hôpitaux à 0,5% en 2014 (*Case-mix governor*).

214. La volonté de promouvoir le budget global s'explique par l'objectif d'exercer un contrôle plus strict de la croissance des volumes hospitaliers afin de s'assurer d'une croissance des dépenses totales hospitalières équivalente à la croissance de la richesse du Maryland. En effet, dans le passé, les dépenses hospitalières ont cru deux à trois points au-dessus de la richesse de l'État. Ceci a mené à une forte croissance de la part des dépenses de santé dans le PIB passant de 7% en 1970 à 15% aujourd'hui. L'HSCRC tente de ramener la croissance des dépenses par tête au niveau de la croissance du Produit Intérieur Brut dans l'Etat du Maryland ces dix dernières années soit 3,58%. Ce taux est maintenant la limite maximale de la croissance dans le secteur hospitalier.

215. D'un point de vue dynamique, pour le budget global, il existera une évolution autorisée du budget liée à la croissance de la population. Cette croissance sera déterminée par zone géographique. Ainsi, en fonction de la part de la population au sein d'une zone d'attractivité de l'hôpital (cette part est une cohorte définie par âge), est alors calculé l'accroissement de cette classe de population dans cette zone géographique. À partir du produit de ces deux composantes pondéré par la recette par tête pour chaque cohorte, est calculée l'impact de l'accroissement de chaque cohorte sur la demande de l'hôpital et sur la recette de l'hôpital afin de déterminer l'augmentation autorisée du budget global.

Références et sites internet sur le système de santé dans le Maryland

Center for Medicare and Medicaid Innovation (2013) "Maryland's All-Payer Model", Submitted by the Maryland Department of Health and Mental Hygiene.

Kalman N. (2014), "Removing a constraint on hospital utilization, implications for cost growth", forthcoming

Maryland Hospital Association "Policies for controlling volume",
<http://www.hscrc.state.md.us/documents/md-maphs/wp-sub/MHA-paper-on-volume-and-PAU-revised-01-10-2014.pdf>
<http://www.hscrc.state.md.us/documents/md-maphs/wp-sub/MHA-paper-on-volume-and-PAU-revised-01-10-2014.pdf>

Murray R. (2009), "Setting Hospital Rates To Control Costs And Boost Quality: The Maryland Experience", *Health Affairs*, 28, no.5 (2009):1395-1405.

National Center for Health Statistics (2013), "Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care", Hyattsville, MD.

Sites internet :

HSCRC : <http://www.hscrc.state.md.us/>

Département de la santé, Maryland : <http://dhmh.maryland.gov/ohr/SitePages/Home.aspx>

The Maryland Health Care Commission : <http://184.80.193.37/consumerinfo/hospitalguide/index.htm>

La dégressivité tarifaire en République tchèque

Données de base sur le système de santé tchèque et le système hospitalier

216. La couverture santé est obligatoire en République tchèque depuis 1991 (Kinkorova et al., 2012). Tous les résidents permanents en République tchèque sont couverts pour leurs soins. Les résidents non permanents sont également couverts s'ils travaillent pour un employeur tchèque (Bryndova et al., 2009). Les résidents qui ne satisfont pas ces conditions sont tenus de s'affilier à une

assurance privée pour couvrir leurs dépenses de soins. Le panier de soins comprend notamment les consultations en ambulatoire, les analyses et diagnostics, l'hospitalisation, les soins de réadaptations, les transports, les soins préventifs (Kinkorova et al., 2012).

217. Pour bénéficier de la prise en charge de ces prestations, les résidents permanents sont tenus de s'affilier à l'un des sept assureurs privés à but non lucratif offrant la couverture pour ces prestations de base. Les résidents sont libres de choisir parmi ces différents assureurs et sont autorisés à changer d'assureur chaque année. Pour autant, seuls 2,1% de la population assurée a choisi de changer d'assureur en 2008 car la concurrence est faible entre les différents assureurs (Bryndova et al., 2009). Les assureurs ne sont pas autorisés à pratiquer une sélection des risques sur l'offre de contrats couvrant les prestations de base. Avec plus de 6,5 millions de clients (63% de la population), VZP est la plus grande compagnie d'assurance de santé en République tchèque (VZP, 2011).

218. Le financement de la couverture publique de base provient de deux sources: les contributions sociales des employeurs et employés (76%) et des contributions de l'état pour les assurés inactifs (24%). Les contributions sociales s'élèvent, dans le cas général, à 13,5% du revenu (9% payés par l'employeur et 4,5% par l'employé). Pour les inactifs, l'État verse une contribution égale à 13,5% du quart du salaire moyen observé deux années auparavant. Ces deux sources de revenus sont collectées par l'assureur principal, VZP.

219. L'assureur VZP répartit les ressources collectées entre les sept assureurs. Les fonds sont distribués aux sept assureurs sous la forme d'un forfait par assuré, selon une formule permettant de prendre en compte les besoins de soins des assurés (ajustement par âge et sexe). Une compensation partielle *ex post* existe également en fonction des cas coûteux survenus dans l'année : si un assuré présente une dépense de soins 25 fois supérieure à la dépense de santé moyenne dans l'ensemble de la population, l'assureur reçoit une compensation représentant 80% des dépenses au-dessus de ce plafond (Kutzin et al., 2010).

220. Les dépenses de soins hospitaliers sont principalement financées par la sécurité sociale. La sécurité sociale finance 95% des dépenses hospitalières, l'État 3%. L'assurance privée et les paiements directs des ménages représentent chacun 1% du financement de la dépense hospitalière (cf. tableau 3.7). Les dépenses privées en République tchèque s'expliquent notamment par l'existence d'un ticket modérateur forfaitaire de 4 euros par jour.

Tableau 3.5 : Financement des dépenses hospitalières en République tchèque, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Rép. tchèque	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Financement des dépenses hospitalières	3% État 95% Sécurité sociale 1% Assurance privée 1% Reste à charge	44% Etat 45% Sécurité sociale 5% Assurance privée 6% Reste à charge	5 ^{ème} pour les dépenses publiques	1% Etat 92% Sécurité sociale 4% Assurance privée 3% Reste à charge

Note : Les paiements et le reste à charge sont identiques quel que soit le statut juridique de l'hôpital pour les patients couverts par une caisse d'assurance publique.

Source : OECD Health Statistic, 2013

221. Les dépenses hospitalières en République tchèque étaient inférieures en 2011 aux dépenses hospitalières moyennes dans les pays de l'OCDE : 2,4% du PIB en République tchèque contre 3,5%

du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (Tableau 3.8). Pourtant, la République tchèque présente un volume d'activité 30% supérieur à la moyenne OCDE en termes de nombre d'admissions pour 1000 habitants (cf. tableau 3.8).

Tableau 3.6 : Dépenses hospitalières, part des dépenses hospitalières et sorties d'hôpital en République tchèque en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Rép. Tchèque	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Dépenses hospitalières dans le PIB	2,4%	3,5%	21 ^{ème}	5%
Part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé	32%	29%	7 ^{ème}	37%
Sorties d'hôpital pour 1000 habitants	202	155	4 ^{ème}	169

Source : OECD Health Statistic, 2013

222. L'offre de lits en République tchèque est majoritairement publique. 86% des lits offerts sont publics contre 73% en moyenne dans les pays de l'OCDE et 62% en France. L'État et les gouvernements régionaux possèdent et dirigent la majeure partie des hôpitaux publics. Dans les hôpitaux publics, le recrutement est effectué par le dirigeant de l'hôpital. Si le dirigeant a une complète autonomie pour le recrutement, les salaires sont eux fixés au niveau national pour l'ensemble des personnels médicaux. Sauf en cas d'urgence, le patient doit se rendre dans un hôpital qui a contracté avec son assurance. En pratique, toutes les caisses d'assurance ont des contrats avec les principaux hôpitaux et il y a donc peu de limitations, en dehors des cas où l'hôpital est plein. Dans un tel cas, l'assureur doit trouver un autre hôpital pour le patient.

223. Il n'existe pas en République tchèque un système de régulation de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers. Pour autant, dans le cadre des hôpitaux publics, les pouvoirs publics contrôlent les évolutions des capacités d'accueils des hôpitaux ainsi que les investissements réalisés dans les technologies coûteuses. De plus, pour l'ensemble des hôpitaux, la capacité d'un hôpital à étendre le champ de ses activités est contrainte par la nécessité de contracter avec les assureurs. Ceux-ci ont donc le pouvoir de limiter une expansion injustifiée des capacités.

224. L'offre hospitalière en République tchèque est parmi les plus élevées des pays de l'OCDE. Avec 6,8 lits pour 1000 habitants, la République tchèque se place au 7^{ème} rang parmi les pays de l'OCDE. Pour autant, les évolutions récentes du nombre de lit en République tchèque indiquent une convergence avec la moyenne des pays de l'OCDE (4,9 lits pour 1000 habitants). Ainsi, le nombre de lits a diminué fortement entre 2000 et 2011 en République tchèque (-10%), alors qu'il diminuait de 14% en France et 5% en moyenne dans les pays de l'OCDE sur la même période. Entre 2005 et 2011, le nombre d'établissement a également diminué en République tchèque passant de 262 à 255 établissements. Dans le même temps, il a diminué de 7,7% en France et a faiblement diminué (-1,4%) en moyenne dans les pays de l'OCDE. La taille des établissements est plus élevée en République tchèque qu'en France. Ainsi, en 2011, l'établissement moyen comptait 281 lits en République tchèque contre 153 lits en France.

225. La proportion de lits dédiés aux soins curatifs étant proche de la proportion moyenne des pays de l'OCDE (environ 70%), la République tchèque présente une offre relativement élevée par rapport aux autres pays de l'OCDE et occupe la 5^{ème} position pour cet indicateur. Le nombre de lits

pour soins curatifs avec 4,7 lits pour 1000 habitants en République Tchèque contre 3,43 en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France. Le taux d'occupation de ces lits est faible en République tchèque par rapport aux pays de l'OCDE (72,8% contre 78,2% en moyenne dans l'OCDE).

Tableau 3.7 : Offre hospitalière en République tchèque, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	République tchèque	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Nombre d'hôpitaux	255 24,3 par million d'habitants	1241 29,5 par million d'habitants	18 ^{ème} 15 ^{ème}	2698 41,4
Taille moyenne des hôpitaux (nombre de lits moyen)	281	184	4 ^{ème}	153
Nombre de lits pour 1000 habitants	6,8	4,9	7 ^{ème}	6,4
Répartition des lits d'hôpitaux par statut juridique	86% publics 1% privés N.L. 13% privés L.	73% publics, 14% privés N.L. 13% privés L.	7 ^{ème} pour le nombre de lits publics	62% publics 14% privés N.L. 24% privés L.
Répartition des lits par fonction	69% curatifs, 15% psychiatriques 10% longue Durée 6% réadaptations	70% curatifs 14% psychiatriques 12% longue durée 3% réadaptations	21 ^{ème} pour le nombre de lits curatifs	54% curatifs, 14% psychiatriques 8% longue durée 24% réadaptations
Nombre de lits pour soins curatifs pour 1000 habitants	4,7	3,43	5 ^{ème}	3,43
Nombre de séjours moyen pour soins curatifs par établissement	7834	6475	8 ^{ème}	4355
Taux d'occupation des lits	72,8%	78,2%	17 ^{ème}	75%
Durée moyenne de séjours (en jours)	9,8	8	5 ^{ème}	9,2

Source : OECD Health Statistic, 2013

Le paiement des hôpitaux en République tchèque

Mise en place du paiement à l'activité en 2009

226. Jusqu'en 2007, le budget global était le mode de paiement principal utilisé pour rémunérer les hôpitaux. Parallèlement une certaine part du budget global n'était versée que si l'hôpital codait une

part suffisante de son activité en termes de case-mix. Si l'hôpital ne respectait pas cette condition, son budget pouvait être proportionnellement amputé.

227. En 2008, une partie de la production était rémunérée par un paiement à l'activité. Mais ce paiement ne pouvait s'écarter que de 1% (à la baisse ou à la hausse) de ce qui aurait été versé par budget global. Cet intervalle était appelé « risk corridor ». Ainsi, dans un premier temps, le volume de production espéré était déterminé en fonction des volumes historiques et un budget global estimé (comme avant 2008). Puis le montant total correspondant à un paiement par DRG pour le même volume de soins était calculé. Si celui-ci s'écarterait de plus de 1% du montant du budget global, alors l'hôpital était payé par budget global.

228. À partir de 2009, le paiement par cas (DRG) devient le système de paiement prédominant. Il remplace alors le budget global et est utilisé depuis (sauf pour l'année 2011). La classification est basée sur les IR-DRG (vendu par l'entreprise 3M) et ajustée au contexte tchèque. Il y a approximativement 1000 groupes et les « poids des DRG » incluent les médicaments, les dispositifs médicaux et les salaires des médecins.

229. Une partie des services hospitaliers est rémunérée à l'acte ou par d'autres mécanismes (par exemple un budget fléché pour une maladie au niveau d'un hôpital), notamment les activités relatives à des maladies plus rares. De plus, les soins psychiatriques, les soins de réadaptation et certains groupes homogènes de séjour au sein desquels la variabilité des tarifs est trop importante sont exclus du paiement à l'activité. Les soins psychiatriques et de réadaptation sont par exemple payés à l'acte.

Détermination des tarifs de remboursement des hôpitaux

230. En théorie, les hôpitaux et les assureurs sont libres de négocier le mode de paiement tant qu'ils parviennent à trouver un accord. En pratique, le mode de paiement est défini centralement. Le Ministère de la santé définit les tarifs de remboursement dans un décret annuel et tient compte à ce faire des revenus espérés des caisses d'assurance maladie.

231. En effet, chaque année t, les deux associations représentant les hôpitaux et l'association représentant les assureurs sont censées négocier un tarif de base. Généralement, les parties ne se mettent pas d'accord et les tarifs sont fixés par le Ministère de la santé en décembre de l'année t-1.

232. Le principal paramètre pour la détermination des tarifs dans le secteur hospitalier est l'enveloppe globale destinée au secteur hospitalier. Les projections réalisées par le Gouvernement visent à assurer que le décret sur les tarifs permet de respecter cette enveloppe globale. Les volumes ne sont pas considérés lors de l'élaboration du décret. Seul le montant total alloué pour le secteur hospitalier est pris en compte.

233. Cependant, le tarif de base n'est pas unique. En effet, lors de la transition entre budget global et DRG, les tarifs ont été définis pour chaque hôpital de manière à atténuer les effets de la transition. Ces tarifs 'individuels' doivent converger vers un tarif unique. Le décret publié chaque année détermine également les règles de cette convergence des tarifs.

234. Les différences entre les tarifs des hôpitaux ont été réduites ces dernières années. Le ratio entre le tarif le plus élevé et le moins élevé est de 2 actuellement. En 2014, toujours dans l'idée d'atteindre une certaine homogénéité des tarifs, un tarif unique par hôpital vis-à-vis de l'ensemble des assureurs a été fixé.

Le paiement à l'activité dans les recettes des hôpitaux

235. Selon les estimations du Ministère de la santé, 80% des recettes des hôpitaux pour les soins de médecine, chirurgie, obstétrique proviennent d'un paiement à l'activité. Cette estimation du ministère ne tient pas compte des accords bilatéraux entre assureurs et hôpitaux. Ces accords correspondent au reste de l'activité des hôpitaux soit environ 20% des volumes des hôpitaux.

236. Pour les 20% de l'activité sujette à négociation, les assureurs et les hôpitaux ont la possibilité de s'entendre sur l'ensemble des paramètres relatifs à cette activité et notamment le mode de paiement de ces activités. Les sept assureurs semblent avoir un pouvoir de négociation supérieur à celui des hôpitaux, excepté lors de négociations avec quelques grands hôpitaux. Le contrat peut spécifier notamment un système de paiement différent pour certains patients. Par exemple, un assureur d'une région spécifique peut conclure un contrat avec un hôpital d'une autre région stipulant que ses assurés, peu nombreux dans cet hôpital, seront remboursés selon un paiement à l'acte et non à l'activité.

Le système de dégressivité tarifaire

Histoire du système de dégressivité tarifaire

237. Un mécanisme de dégressivité tarifaire a été mis en place dès l'introduction du paiement à l'activité en 2009 afin de prévenir tout effet inflationniste du passage au paiement à l'activité et d'atténuer l'impact de la transition. L'occurrence de la crise économique et la nécessité de contrôler la croissance des dépenses a conduit à préserver ce mécanisme sauf en 2011 où le budget global a été réintroduit pour une année.

238. Le paramètre principal pour la fixation du plafond d'activité pour le déclenchement de la dégressivité tarifaire est l'évolution du volume de soins. En 2009, le plafond a été fixé à 115% du volume de soins de l'année précédente. Parallèlement, pour les hôpitaux dont l'activité ajustée par le case-mix est comprise entre 105% et 115% de l'année précédente mais dont le nombre d'admissions a diminué, un autre plafond réduit est calculé. Ce mécanisme permet de décourager tout surcodage de l'activité par les hôpitaux.

239. En 2010, le même mécanisme a été utilisé avec un changement dans l'année de base servant de calcul du plafond. Le plafond a été calculé par rapport aux volumes de l'année 2008 et non l'année précédente du fait de contraintes techniques. Les volumes de l'année précédente ne sont pas connus lors du calcul du plafond.

240. En 2012, les hôpitaux ont été de nouveau remboursés sur la base d'un paiement à l'activité (après un retour en 2011 au budget global). Le case-mix de l'hôpital servait de base pour le calcul du plafond d'activité. Deux plafonds étaient en vigueur, le premier au-delà duquel seul 50% du tarif par cas était versé à l'hôpital et un autre plafond au-delà duquel l'hôpital ne recevait plus de remboursement.

241. En 2013, le système de remboursement a été une nouvelle fois raffiné. Tout d'abord, le mécanisme en vigueur en 2009 pour décourager le surcodage, qui se focalisait uniquement sur le nombre de cas traités a été modifié pour rendre le mécanisme non-linéaire. Ensuite, le Ministère a mis en œuvre des mécanismes permettant de réduire les écarts de tarifs entre chaque couple assureur-hôpital. Enfin, le plafond a été fixé selon une formule non linéaire afin de lisser l'effet de la dégressivité.

En 2014, un seul plafond est en vigueur au-delà duquel aucun paiement ne sera versé à l'hôpital, ce qui équivaut à un retour au budget global

Le mécanisme de dégressivité tarifaire

Principes généraux du mécanisme de dégressivité tarifaire

242. La quasi-totalité de l'activité est soumise à la dégressivité tarifaire. Comme expliqué précédemment, quelques activités ont été retirées du paiement à l'activité du fait de la très forte hétérogénéité des cas au sein d'un groupe homogène de séjour. Pour autant, ces soins sont également soumis à la dégressivité tarifaire bien que leurs paiements soient calculés d'une autre façon. Des exceptions peuvent exister et sont alors issues des accords bilatéraux entre les assureurs et les hôpitaux, dont les détails sont difficilement accessibles.

243. Le Ministère de la santé définit les formules qui sont utilisées pour déterminer les plafonds d'activité à partir desquels s'applique la dégressivité tarifaire. Les plafonds peuvent varier d'un hôpital à l'autre puisqu'ils sont fixés pour chaque hôpital vis-à-vis de chaque assureur. Pour autant, ces plafonds dépendent d'une formule de calcul unique définie par le Ministère qui, appliquée aux données de chaque hôpital se traduit par des plafonds différents par couple assureur-hôpital.

244. Cette formule change tous les ans parce que le Ministère tente d'assurer l'équilibre financier du système.

245. Le mécanisme de dégressivité tarifaire peut se décomposer en deux étapes principales:

- Étape 1 : Un plafond est fixé au niveau central pour l'accroissement d'activité entre $t-2$ et t , exprimé en termes de ratio $\text{volume}_t / \text{volume}_{t-2}$ mais qui tient également compte de l'évolution du nombre d'admissions de manière à contrôler les risques de surcodage. En 2010, le plafond avait été fixé à 98% du volume de l'année de base (correspondant à une réduction des volumes de 2%). En, 2012, le plafond est fixé à 115% du case-mix de l'année 2010 (augmentation de 15%). Parallèlement, pour les hôpitaux dont l'activité ajustée par le case-mix est comprise entre 105% et 115% de l'année précédente mais dont le nombre d'admissions a diminué, le seuil de déclenchement de la dégressivité est fixé à un niveau plus bas. Ce mécanisme vise à décourager les hôpitaux de « surcoder » leurs activités⁴³.
- Étape 2 : Le revenu de l'hôpital est défini pour chaque contrat entre un hôpital individuel et un assureur (i.e. plus de 1000 contrats), de la façon suivante :
 - Les volumes de l'hôpital en année t sont estimés et comparés à ceux de l'année $t-2$;

⁴³ Si $1.15 > \frac{\text{alfa}_{CM}^{2010}}{\text{alfa}_{CM}^{2008}} > 1.05$ et dans le même temps $\frac{\text{alfa}_H^{2010}}{\text{alfa}_H^{2008}} < 0.98$ alors $\text{red}_{2010}CM = \text{alfa}_{CM}^{2008} * \left(\frac{\text{alfa}_H^{2010}}{\text{alfa}_H^{2008}} + 0.02 \right)$ avec CM le case-mix, Red_{CM} le case-mix réduit utilisé pour le calcul du revenu autorisé des hôpitaux et H le nombre de cas traité.

- On utilise le plafond défini au niveau central pour le secteur hospitalier (disons 115 pour l'exemple⁴⁴) ;
- L'évolution du « case-mix régulé » d'un hôpital (Vol_t/Vol_{t-2}) ne peut pas être supérieure au plafond défini au niveau central (1,15 dans l'exemple choisi). Le case-mix régulé est donc égal au minimum de Vol_t/Vol_{t-2} et 1,15 dans l'exemple choisi.
- Ce « case-mix régulé » est alors multiplié par le tarif de base de l'hôpital pour définir le revenu qui doit être versé par l'assureur à l'hôpital.

Formule de calcul du plafond d'activité et de revenu de l'hôpital

246. Pour l'année 2013, la formule suivante est utilisée pour le calcul du plafond d'activité pour chaque couple assureur, hôpital.

$$PLAF REV_{2013} = \max \{ \min [1.07 \times CM_{red} \times ITC_{2011} ; CM_{red} \times TC_{2013}] ; CM_{red} \times ITC_{2011} \}$$

Avec :

- CM_{red} : le case-mix régulé pour l'hôpital j et l'assureur i calculé de la façon suivante :

Soit

S = coefficient tenant compte des changements du nombre d'assurés pour chaque assureur
 CM = volume (case-mix) total
 N = nombre de cas
 $\alpha = 0.2$ (coefficient de la fonction Cobb-Douglas)

$$CM_{red} = \min \{ CM_{2011} \times 0.95 \times S ; CM_{2013} ; (CM_{2013})^\alpha \times (1.05 \times N_{2013} \times (CM_{2011}/N_{2011}))^{(1-\alpha)} \}$$

Si on fait l'hypothèse qu'aucun assuré n'a changé d'assureur, cette formule implique que le case-mix pour calculer le plafond est au plus égal à 95% du case-mix constaté en 2011.

Pour comprendre cette formule, il est plus simple d'écrire sous une autre forme le troisième membre de cette fonction :

$$\frac{(CM_{2013})^\alpha \times (1.05 \times N_{2013} \times (CM_{2011}/N_{2011}))^{(1-\alpha)}}{(CM_{2011}/N_{2011})^{(1-\alpha)}} = 1.05^{(1-\alpha)} \times N_{2013} \times (CM_{2013}/N_{2013})^\alpha \times (CM_{2011}/N_{2011})^{(1-\alpha)}$$

Transformer cette troisième partie de cette fonction de cette manière permet d'interpréter cette formule en terme de croissance de la sévérité par cas entre 2011 et 2013 puisque (CM_{2013}/N_{2013}) correspond à la sévérité par cas en 2013.

Ensuite, on se place dans l'hypothèse où la sévérité par cas a augmenté de 5% entre 2011 et 2013, on a alors :

$$(CM_{2011}/N_{2011}) = (1/1.05) \times (CM_{2013}/N_{2013})$$

En intégrant cette égalité dans le troisième terme de la fonction Min, on obtient :

⁴⁴ Un seul plafond a été retenu pour simplifier.

$$(CM_{2013})^a \times (1.05 \times N_{2013} \times (CM_{2011}/N_{2011}))^{(1-a)} = CM_{2013}$$

Ainsi, lorsque la croissance de la sévérité par cas est de 5%, la formule devient :

$$CM_{red} = \min \{CM_{2011} \times 0.95 \times S ; CM_{2013}\}$$

En montrant cette égalité, on constate donc que 5% est un seuil à partir duquel le troisième membre joue un rôle dans la détermination du case-mix réduit. Le décret permet le contrôle des taux de croissance des volumes hospitaliers mais permet également de protéger les assureurs de tout surcodage. Une limite de la croissance du case-mix moyen par patient est fixée par le Ministère de la Santé pour chaque hôpital. En 2013, une augmentation de plus de 5% serait considérée comme trop élevée.

Pour comprendre comment cela fonctionne, si la sévérité par cas augmente de moins de 5% alors :

$$CM_{2013} < (CM_{2013})^a \times (1.05 \times N_{2013} \times (CM_{2011}/N_{2011}))^{(1-a)}$$

Ainsi, lorsque la croissance de la sévérité par cas est inférieure à 5%, la formule devient :

$$CM_{red} = \min \{CM_{2011} \times 0.95 \times S ; CM_{2013}\}$$

Symétriquement, on se place dans le cas où la sévérité par cas augmente de plus de 5% on a alors :

$$CM_{2013} > (CM_{2013})^a \times (1.05 \times N_{2013} \times (CM_{2011}/N_{2011}))^{(1-a)}$$

Ainsi, lorsque la croissance de la sévérité par cas est supérieure à 5%, la formule devient :

$$CM_{red} = \min \{CM_{2011} \times 0.95 \times S ; (CM_{2013})^a \times (1.05 \times N_{2013} \times (CM_{2011}/N_{2011}))^{(1-a)}\}$$

Dans ce dernier cas, la volonté est de limiter les comportements de surcodage visant à compenser la diminution du volume de soins. Ainsi, lorsque le volume de soins en 2013 est plus faible qu'en 2011, un hôpital qui surcodera pour compenser cette perte de volume sera pénalisé. En effet, si la sévérité par cas augmente de plus de 5% alors ce sera le troisième membre de la formule qui sera pris en compte. Ce troisième membre de la fonction MIN est une moyenne pondérée des cas traités par la sévérité des cas en 2013 et en 2011.

Une fois ce plafond en termes de volume déterminé, un plafond en termes de revenu est calculé afin de respecter un objectif de dépense. En 2013, la formule pour calculer le plafond de revenu était :

$$PLAF REV_{2013} = \max \{ \min [1.07 \times CM_{red} \times ITC_{2011} ; CM_{red} \times TC_{2013}] ; CM_{red} \times ITC_{2011} \}$$

Où

- ITC_{2011} = Taux de conversion pour l'assureur i calculé de la façon suivante :

$$ITC_{2011} = TR_{TOT2011} / CM_{TOT2011}$$

Avec $TR_{TOT2011}$ = remboursement total pour l'hôpital en 2011 et $CM_{TOT2011}$ = Volume total pour 2011 (case mix)

Et où

- $TC_{2013} = \{(1-K) \times [0.8 \times ITC_{2011} + 0.2 (\sum_{i=1 \text{ à } n} TC_{i; 2011} \times CM_{i; 2011} / \sum_{i=1 \text{ à } n} CM_{i; 2011})] + (K \times NTC)\}$

Avec

K : coefficient fixé pour assurer la convergence des tarifs entre assureurs et hôpitaux qui est égal à 0,30 en 2013

NTC est le taux de conversion monétaire national (29 500 CZK)

Et $(\sum_{i=1}^n ITC_{i; 2011} \times CM_{i; 2011} / \sum_{i=1}^n CM_{i; 2011})$ qui représente la valeur du point moyenne en 2011 pour un hôpital. En effet, on divise la somme des paiements reçus par l'hôpital par l'ensemble des assureurs $(\sum_{i=1}^n ITC_{i; 2011} \times CM_{i; 2011})$ par le total du case-mix facturé par l'hôpital $(\sum_i CM_{i; 2011})$.

Ainsi, $[0.8 \times ITC_{2011} + 0.2 (\sum_{i=1}^n TC_{i; 2011} \times CM_{i; 2011} / \sum_{i=1}^n CM_{i; 2011})]$ est une moyenne pondérée du taux de conversion monétaire ou valeur du point pour l'assureur i en 2011 et le taux de conversion monétaire moyen pour l'ensemble des assureurs pour cet hôpital.

TC_{2013} comprend donc deux facteurs de convergence. Un premier facteur de convergence qui est la moyenne pondérée de la valeur du point payé par l'assureur i et de la valeur du point payée par l'ensemble des assureurs. Le deuxième facteur de convergence est lié à la présence du paramètre K dans cette équation. Ainsi, TC_{2013} est une moyenne pondérée de la valeur du point spécifique à un hôpital et un assureur et la valeur du point ou taux de conversion monétaire au niveau national.

Compte tenu des différents paramètres qui ont été expliqués, nous pouvons maintenant comprendre la formule de calcul des revenus plafonds :

$$PLAF REV_{2013} = \max \{ \min [1.07 \times CM_{red} \times ITC_{2011} ; CM_{red} \times TC_{2013}] ; CM_{red} \times ITC_{2011} \}$$

Tout d'abord, expliquons $\min [1.07 \times CM_{red} \times ITC_{2011} ; CM_{red} \times TC_{2013}]$. Cette formule implique que le taux de conversion monétaire en 2013 ne peut pas être plus élevé de 7% du prix payé par l'assureur en 2011. Ensuite, on constate en analysant la formule que, dans tous les cas, l'hôpital ne peut avoir un taux de conversion monétaire moins élevé qu'en 2011. Il aura au moins $CM_{red} \times ITC_{2011}$.

Système d'information

247. Les hôpitaux reçoivent en général des avances au début de chaque mois, basées sur le niveau des remboursements des années précédentes. Le montant total versé par un assureur à un hôpital n'est alors connu qu'en fin de période. Par conséquent, la dégressivité tarifaire est calculée *ex-post*⁴⁵ et prend la forme de rabais sur les activités futures de l'hôpital facturées à cet assureur. En pratique, à la fin de l'année un ajustement est réalisé et les versements des hôpitaux aux assureurs ont lieu, le cas échéant, dans les trois mois suivant (entre avril et juin). Tous les calculs sont réalisés par les assureurs mais l'hôpital peut faire objection s'il n'est pas d'accord.

248. Pour la facturation, les hôpitaux peuvent réviser une facture dans un délai de trois mois. Par ailleurs, les assureurs peuvent vérifier les factures envoyées par les hôpitaux. Ils réalisent de telles vérifications particulièrement pour les *outliers*.

Discussion

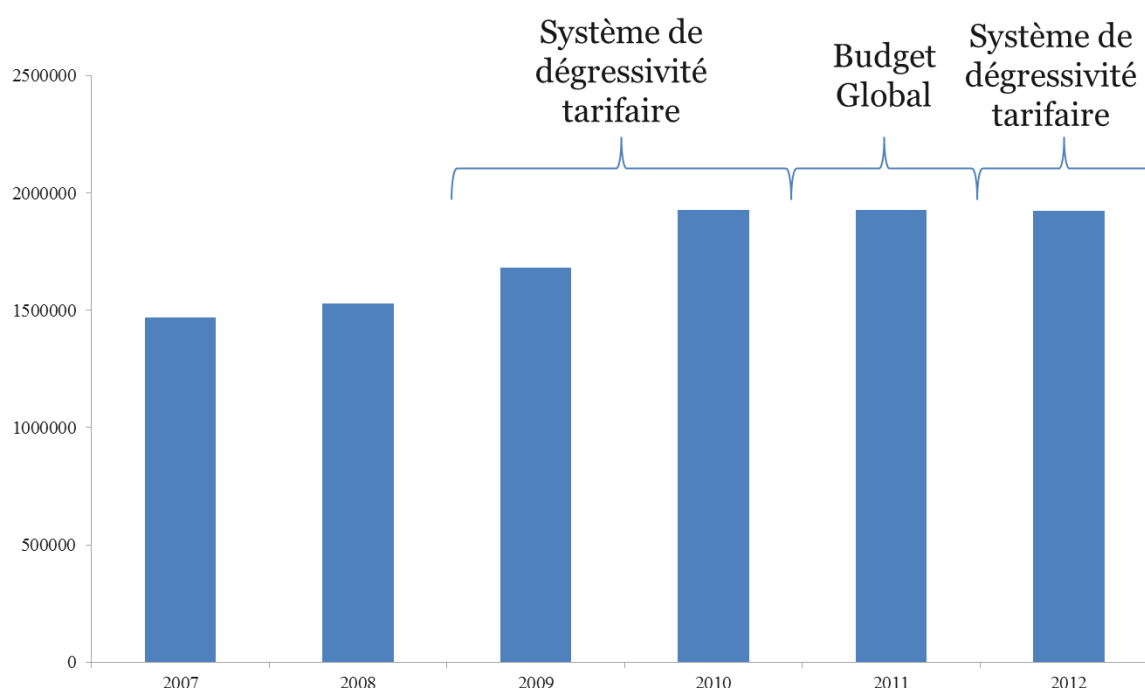
249. Lors de la mise en place de la dégressivité tarifaire en République tchèque, le principal argument en plus de l'argument financier était la nécessité de mettre en place un mécanisme de paiement qui incitait les hôpitaux à réguler les volumes de soins. En effet, des études empiriques partielles avait montré que, sans ces mécanismes, le volume de soins augmentait plus que les prévisions basées sur l'évolution de facteurs objectifs tels que le vieillissement de la population ou autres facteurs influençant la demande soins.

⁴⁵ Ceci explique la possibilité d'utiliser le case-mix de 2013 dans le cadre de la formule de calcul des plafonds de revenu et d'activité.

250. Pour autant, l'impact de la dégressivité tarifaire sur la croissance des volumes ne semble pas évident (cf. graphique 3.4). En effet, entre 2009 et 2010, date de la mise en place de la dégressivité tarifaire, le case-mix global pour l'ensemble des soins rémunérés à l'activité a augmenté de presque 15%. Ensuite, le Ministère de la Santé a constaté une légère diminution du case-mix en 2012 sans pour autant faire un lien avec la dégressivité tarifaire. En effet, en 2011, la République tchèque a réintroduit un budget global avant de remettre en place la dégressivité tarifaire en 2012.

251. En outre, le mécanisme de dégressivité mis en place souffre d'une limite fondamentale pour limiter la croissance des volumes hospitaliers. En effet, le volume en termes de case-mix de l'année servira de base pour le calcul du plafond deux ans plus tard. Ainsi, dans une stratégie de long terme, les hôpitaux peuvent toujours avoir un intérêt à augmenter leurs volumes. Ceci peut expliquer en partie un retour au budget global en République tchèque en 2014.

Graphique 3.4 : Case-mix total pour les soins payés à l'activité entre 2007 et 2012



Source : Ministère de la santé tchèque

Références et sites internet sur le système de santé tchèque

Bryndova et al. (2009), Czech Republic: Health system review Health Systems in Transition, vol 11(1), pp. 1–122.

Kinkorová J. et O. Topolčan (2012), “Overview of healthcare system in the Czech Republic”, The EPMA journal, vol 3(4).

Kutzin et al. (2010), “Implementing health financing reform, lessons from countries in transition”, World Health Organization.

VZP (2008), <http://www.vzp.cz/en/index.php>

Sites internet :

Ministère de la santé : <http://www.mzcr.cz/En/>

La dégressivité tarifaire en Israël

Les systèmes de santé et hospitalier en Israël

252. Depuis 1995, tous les résidents permanents de l'État d'Israël ont un droit d'accès à un ensemble de prestations défini par la loi sur l'Assurance Nationale de Santé. Ce panier de soins comprend notamment les consultations en ambulatoire, les analyses et diagnostics, l'hospitalisation, les soins de réadaptations (Bowers, 2014). Pour bénéficier de la prise en charge de ces prestations, les résidents permanents sont tenus de s'affilier à l'un des quatre assureurs privés à but non lucratif offrant la couverture pour ces prestations de base. Clalit couvre 52% de la population, Maccabi 25%, Meuched 14% et Leumit 9% (OCDE, 2013). Les résidents sont libres de choisir parmi ces différents assureurs. Les assureurs ne sont pas autorisés à pratiquer une sélection des risques sur l'offre de contrats couvrant les prestations de base.

253. Le financement de la couverture publique de base provient de deux sources: une taxe affectée à la santé et des recettes fiscales générales. La taxe affectée à la santé est une taxe sur la masse salariale fixée par la Loi. Les assureurs n'ont donc pas la possibilité de moduler les cotisations en fonction de leur situation financière. Il existe des exemptions et des réductions de taux pour différents groupes de la population, tels que les retraités et les bénéficiaires de revenu de remplacement. Ces deux sources de revenus sont collectées par l'Institut National de l'Assurance.

254. L'institut National de l'Assurance répartit les ressources collectées entre les quatre assureurs. Les fonds sont distribués aux quatre assureurs en prenant en compte les besoins de leurs assurés. Environ 5% des fonds sont distribués en fonction de la proportion chez chaque assureur de personnes atteintes de cinq maladies rares et onéreuses (Rosen et al., 2011). 95% des ressources sont ensuite allouées aux assureurs sur la base d'un paiement forfaitaire par assuré. Depuis 2011, la formule de calcul du forfait inclut la distance de l'assuré des zones urbaines, en plus de l'âge et le sexe (OCDE, 2012). Le financement pour le panier des soins de base semble insuffisant. Les quatre assureurs présentaient un déficit de 3,6% de leur budget total en 2011 (Bowers, 2014).

255. Les dépenses de soins hospitaliers sont financées en moyenne à hauteur de 57% par la sécurité sociale (les quatre assureurs), 30% par l'État, 3% par l'assurance privée et 6% directement par les ménages (cf. tableau 3.10). Pour autant, ce reste à charge ne correspond pas à un co-paiement portant sur les dépenses hospitalières. En effet, en Israël, les soins aigus hospitaliers sont gratuits au point de délivrance. Il correspond donc à des dépenses qui ne sont pas dans le panier de soins de base.

Tableau 3.8 : Financement des dépenses hospitalières en Israël, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Israël	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Financement des dépenses hospitalières	30% État 57% Sécurité sociale 3% Assurance privée 6% Reste à charge 5% Autres	44% État 45% Sécurité sociale 5% Assurance privée 6% Reste à charge	21 ^{ème} pour les dépenses publiques	1% État 92% Sécurité sociale 4% Assurance privée 3% Reste à charge

Note : Les paiements et le reste à charge sont identiques quel que soit le statut juridique de l'hôpital pour les patients couverts par une caisse d'assurance publique.

Source : OECD Health Statistic, 2013

256. Les dépenses hospitalières en Israël étaient inférieures en 2009 (dernière année disponible) aux dépenses hospitalières moyennes dans les pays de l'OCDE, 2,4% du PIB en Israël contre 3,5% du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (cf. tableau 3.11). Pourtant, Israël présente un nombre de sorties d'hôpital pour 1000 habitants supérieur de 28% à la moyenne de l'OCDE (198 contre 155) (cf. tableau 2).

Tableau 3.9 : Dépenses hospitalières et sorties d'hôpital en Israël en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Israël	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Dépenses hospitalières dans le PIB	2,4%*	3,5%	23 ^{ème} *	5%
Sorties d'hôpital pour 1000 habitants	198	155	6 ^{ème}	169

* 2010

Source : OECD Health Statistic, 2013

257. L'offre de lits en Israël est majoritairement publique (cf. tableau 3.12). 85% des lits offerts sont publics contre 73% en moyenne dans les pays de l'OCDE et 62% en France. L'État possède les hôpitaux publics. Les hôpitaux privés sont soit dirigés par les quatre assureurs principaux appelés HMOs, soit par des entreprises privées indépendantes. Dans les hôpitaux publics, le personnel est recruté par l'État ou une autorité déléguée à un niveau plus décentralisé mais pas par les hôpitaux eux-mêmes. Les salaires sont fixés au niveau central pour l'ensemble des personnels médicaux. Le patient est libre de choisir son hôpital même si des incitations pour diriger le patient existent en fonction des accords conclus entre les hôpitaux et l'assureur du patient pour le panier de base.

258. Le gouvernement a une forte influence sur l'organisation et les caractéristiques de l'offre hospitalière. Ainsi, le nombre de lits et le type d'activité rattachée aux lits sont décidés par le gouvernement dans le secteur public et privé. De même, les investissements dans les technologies coûteuses comme l'imagerie médicale sont régulés par les gouvernements locaux pour les hôpitaux qui contractent avec les quatre assureurs couvrant le panier de base.

259. L'offre hospitalière en Israël est caractérisée par un faible nombre de lits. Ainsi, on dénombre 3,3 lits pour 1000 habitants en Israël ce qui fait d'Israël le 19^{ème} pays de l'OCDE pour cet indicateur (cf. tableau 3). En moyenne dans les pays de l'OCDE, le nombre de lits est de 4,9 lits pour 1000 habitants. Le nombre de lits est resté stable entre 2000 et 2011 en Israël (+0.5%) alors qu'il a diminué de 14% en France et de 5% en moyenne dans les pays de l'OCDE. Toujours entre 2000 et 2011, le nombre total d'établissements a faiblement diminué en Israël passant de 97 à 95 établissements. Dans le même temps, il a diminué de 13,5% en France et est resté stable (+0.4%) en moyenne dans les pays de l'OCDE. La taille des établissements est plus élevée en Israël qu'en France. Ainsi, en 2011, l'établissement moyen comptait 266 lits en Israël contre 153 lits en France.

260. L'offre de lits pour soins curatifs est proche de celle de la France puisque 58% des lits sont destinés aux soins curatifs en Israël et 54% en France (cf. tableau 3.12). Pour autant, le faible nombre de lits combiné à une offre de lits pour soins curatifs faible dans les hôpitaux fait d'Israël l'avant dernier pays de l'OCDE pour le nombre de lits pour soins curatifs avec 1,91 lits pour 1000 habitants contre 3,43 en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France. Pour autant, le nombre de séjours pour

soins curatifs en Israël par établissement est le deuxième des pays de l'OCDE avec 13170 séjours. Le taux d'occupation des lits est en effet le plus élevé des pays de l'OCDE avec un taux de 98%.

Tableau 3.10 : Offre hospitalière en Israël, en moyenne dans les pays de l'OCDE et en France (2011)

	Israël	Moyenne OCDE	Rang OCDE	France
Nombre d'hôpitaux	95 12.26 par million d'habitants	1241 29,5 par million d'habitants	22 ^{ème} 26 ^{ème}	2698 41,4
Taille moyenne des hôpitaux (nombre de lits moyen)	266	184	5 ^{ème}	153
Nombre de lits pour 1000 habitants	3,3	4,9	19 ^{ème}	6,4
Répartition des lits d'hôpitaux par statut juridique	85% publics 0% privés N.L. 15% privés L.	73% publics, 14% privés N.L. 13% privés L.	8 ^{ème} pour le nombre de lits publics	62% publics 14% privés N.L. 24% privés L
Répartition des lits par fonction	58% curatifs, 14% psychiatriques 25% longue Durée 3% réadaptations	70% curatifs 14% psychiatriques 12% longue durée 3% réadaptations	31 ^{ème} pour le nombre de lits curatifs	54% curatifs, 14% psychiatriques 8% longue durée 24% réadaptations
Nombre de lits pour soins curatifs pour 1000 habitants	1,91	3,43	27 ^{ème}	3,43
Nombre de séjours moyen pour soins curatifs par établissement	13170	6475	2 ^{ème}	4355
Taux d'occupation des lits	98%	78,2%	1 ^{er}	75%
Durée moyenne de séjours (en jours)	5,9	8	28 ^{ème}	9,2

Note : Privées N.L correspond à privés à but non lucratifs et privés L. privés à but lucratifs

Source : OECD Health Statistic, 2013

Le paiement des hôpitaux en Israël

261. Le paiement des hôpitaux est régulé par la Loi mais uniquement pour le secteur public. Ainsi, la liste des prix élaborée par le Ministère ne s'applique que dans le cadre public. Les acteurs du secteur privé utilisent généralement ces prix bien qu'aucune obligation légale ne le leur impose. Les prix des différents services sont mis à jour deux fois par an par un comité réunissant les Ministères des Finances et de la Santé ainsi que les assureurs et les hôpitaux. Les révisions des tarifs doivent se faire à budget constant. Ainsi, toute hausse de prix d'une procédure ou introduction d'un nouveau service doit

se faire au détriment d'une autre procédure. Ces prix sont les prix maximums que les hôpitaux peuvent facturer.

262. Les hôpitaux sont financés soit par un paiement à l'activité soit par *per diem*. Le paiement à l'activité se distingue des paiements à l'activité communément utilisés dans les pays de l'OCDE. En effet, en Israël, le paiement à l'activité est basé sur des procédures et non sur des diagnostics. Ces paiements furent introduits dans les années 1990 pour réduire les listes d'attente pour 30 interventions relativement coûteuses. En 2009, ces paiements concernaient 150 interventions et représentaient environ un tiers des ressources des hôpitaux en moyenne, avec de fortes variations entre hôpitaux. Ils concernent actuellement 240 procédures et représentent 38% des volumes de soins des patients hospitalisés.

263. Le paiement par *per diem* s'applique pour la majorité des hospitalisations. Ainsi, il représente 35% du budget des hôpitaux et 62% des paiements pour des soins aux patients hospitalisés (*inpatient care*). Les paiements par *per diem* sont définis par spécialité mais également en fonction du type de soins (intensif, etc). 46 *per diem* différents sont fixés pour le paiement des hôpitaux. Des paiements additionnels sont prévus dans certains cas, notamment les premiers jours (trois premiers jours) après l'admission.

Le système de dégressivité tarifaire israélien

264. Le système de dégressivité tarifaire a été mis en place en 1994 en même temps que la Loi sur l'assurance santé qui rendait la couverture maladie universelle en Israël. Lors de son introduction, la dégressivité avait deux objectifs principaux : limiter la croissance de l'utilisation des soins hospitaliers et réduire les dépenses des assureurs au-delà de ce plafond. Ce mécanisme devait alors permettre de protéger les HMOs et notamment Clalit qui craignaient que la diffusion de l'assurance santé dans l'ensemble de la population ne mène à une explosion des dépenses de santé et hospitalières en particulier.

265. Le système de dégressivité tarifaire a constamment évolué depuis son introduction. Entre 1994 et 1997, le plafond d'activité pour déterminer le déclenchement de la dégressivité tarifaire était une limite maximale, c'est-à-dire que l'hôpital ne recevait plus aucun paiement au-delà du plafond. Entre 1997 et 2005, les HMOs payaient seulement 50% du tarif au-delà du plafond d'activité. Ce taux était alors accepté comme une estimation raisonnable de la proportion variable des coûts de l'hôpital. Mais, les assureurs étaient suspectés de concentrer les hospitalisations de leurs assurés sur un hôpital afin de réduire le montant de leurs prestations. Afin de corriger cet effet pervers, le gouvernement a introduit en 2005 un plafond intermédiaire : pour les actes effectués entre 102% du plafond et 113% du plafond, les plans ne paient que 33% du coût. Ils sont ainsi incités à répartir leurs assurés dans plusieurs hôpitaux.

266. À partir de 2002, le Gouvernement a essayé de privilégier les négociations entre les assureurs et les hôpitaux pour réguler le secteur hospitalier. Ainsi, en 2002, un système hybride a été mis en place : le système de dégressivité est maintenu comme système « par défaut » mais les hôpitaux et les HMOs sont autorisés à négocier des contrats alternatifs.

267. La modification du système de dégressivité tarifaire relève plus de la logique politique qu'économique. En effet, les différents taux appliqués ne reposent pas sur des justifications en termes de structures de coûts (fixes/variables) des hôpitaux israéliens. La mise en place de ce mécanisme s'explique par la volonté du gouvernement de limiter la croissance des volumes hospitaliers qui ont augmenté rapidement après la mise en place de l'assurance maladie universelle. De plus, les évolutions constantes du système ont permis de limiter les comportements stratégiques des acteurs.

268. Depuis la mise en place de la dégressivité tarifaire, le champ d'application de ce mécanisme a été élargi. À l'origine, seuls les hôpitaux publics possédés par le Gouvernement étaient soumis à la dégressivité tarifaire sur leur activité. Depuis 2008, le champ d'application de la dégressivité a été élargi à l'ensemble des hôpitaux publics. Ainsi, le système de dégressivité tarifaire s'applique aux hôpitaux publics et aux assureurs publics, les quatre HMOs. La dépense privée couverte par la partie privée de l'assurance n'est pas prise en compte dans le calcul des plafonds d'activité.

Le système de dégressivité tarifaire en 2014

269. En 2014, le système de dégressivité mis en place par le Gouvernement est un système par défaut qui s'applique uniquement lorsqu'un accord bilatéral n'a pas été signé entre un hôpital et un assureur. Ainsi, le système de dégressivité défini par le Gouvernement ne s'applique que dans 10% des cas. Le reste de l'activité est régulé par le biais des contrats individuels entre HMOs et hôpitaux. Pour autant, la structure du système de dégressivité mise en place par le Gouvernement et les différents niveaux d'activité définis dans ce système influencent grandement la structure des contrats individuels passés entre hôpitaux et HMOs.

3.2.1 Système par défaut, la dégressivité tarifaire dans le cadre légal ne concerne que 10% de l'activité

270. En 2014, pour fixer le plafond d'activité à partir duquel est déclenchée la dégressivité tarifaire, le Ministère de la Santé prend en compte le montant total facturé et le montant effectivement remboursé aux hôpitaux en 2012. En effet, du fait des rabais consentis aux assureurs, les remboursements sont 17% à 18% plus faibles que les montants facturés. Le système de dégressivité couvre la majeure partie des activités exceptés les soins psychiatriques et les matériels médicaux spécialisés et récents.

271. Les mesures de l'activité des hôpitaux en 2012 sont ensuite actualisés en fonction de deux paramètres principaux pris en compte lors d'une négociation entre le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances : l'augmentation du nombre d'assuré auprès des HMOs, les tendances historiques de paiements des hôpitaux pour chaque HMO (en prix et en quantité).

272. Les projections réalisées pour anticiper l'évolution de ces différents paramètres sont basées sur les évolutions constatées ces cinq dernières années. Une fois ces projections réalisées, le système de dégressivité tarifaire est établi pour trois ans. Dans le cas du dernier plafond mis en place en 2012, il avait été estimé que le nombre d'assurés auprès d'un HMO augmenterait de 1,5%. À noter que les changements épidémiologiques ne sont pas pris en compte dans la détermination du plafond d'activité pour le déclenchement de la dégressivité tarifaire.

273. En pratique les principes suivants s'appliquent à chaque hôpital et assureur. À partir des contrats passés, est déterminé le plafond des revenus bruts (Gross Revenue Cap) ou montant des soins facturés et le plafond des revenus nets (Net Revenue Cap) qui est égal au plafond des revenus bruts moins les rabais consentis lors de la négociation précédente entre l'assureur et l'hôpital. Parallèlement, des ajustements sont prévus pour tenir compte de l'évolution des prix dans le secteur hospitalier, des évolutions démographique et du nombre de lits. Si l'hôpital dépasse le montant de soins facturés, « Gross Revenue Cap », précisé dans le contrat, le système de dégressivité tarifaire s'applique.

274. Le mécanisme de dégressivité tarifaire en Israël est une dégressivité par palier en fonction du volume de dépassement (cf. tableau 3.13). Ainsi, pour toute activité dépassant le plafond fixé par l'hôpital jusqu'à +2%, les assureurs ne paient que 70% du prix négocié. Ils paient ensuite 33% du prix

négoié pour tout dépassement compris entre 2% et 13% du volume négocié et enfin 65% du prix négocié au-delà de 13%.

275. Le taux de 33% semble avoir été décidé afin de refléter la différence entre les charges totales de l'hôpital et sa masse salariale qui avoisine les 70% en Israël. Ce taux doit donc en principe garantir la couverture des charges de personnel. En effet, du point de vue de l'hôpital, il était nécessaire de déterminer un taux de dégressivité qui n'était pas desincitatif en termes de production de soins. D'autre part, du point de vue des assureurs, ce taux devait être assez faible pour les satisfaire compte tenu de leur pouvoir de négociation leur permettant d'obtenir des rabais substantiels.

276. La prise en compte de l'activité des hôpitaux en 2012 pour déterminer les paramètres de la dégressivité tarifaire en 2014 s'explique par la volonté d'accroître le contrôle sur la croissance des volumes hospitaliers. En effet, entre 2012 et 2013, les assureurs ont signés des contrats collectifs avec les hôpitaux gouvernementaux mettant ainsi de côté les négociations individuelles qui donnaient aux assureurs un réel pouvoir de négociation. Par conséquent, les volumes ont considérablement augmenté pendant cette période. Deux solutions s'offraient alors aux Ministères de la Santé et des Finances. La première était de diminuer l'ensemble des tarifs de soins hospitaliers. La deuxième solution, qui a été privilégiée, était d'opter pour le système actuel où l'année de base des calculs des plafonds était 2012.

277. Par ailleurs, un mécanisme permet de protéger les hôpitaux contre toute baisse important de leur volume d'activité (cf. tableau 3.13). Ainsi, l'hôpital quel que soit son niveau d'activité est certain de percevoir 95% du « Net Revenue Cap ». Parallèlement, l'hôpital reçoit 30% des paiements pour l'activité non réalisée entre 95% et 100% du montant du plafond de soins facturés soit le seuil de déclenchement de la dégressivité (cf. tableau 3.13).

Tableau 3.11 : Le mécanisme de dégressivité tarifaire en Israël

Rémunération des activités au-dessus du "Gross Revenue Cap"		Rémunération de l'activité si le "Gross Revenue Cap" n'est pas atteint	
Au niveau du plafond	Toute l'activité est payée avec prise en compte des rabais = "Net Revenue Cap"	Si l'activité est inférieure à 95% du plafond	Revenu garanti fixé à 95% du "Net Revenue Cap" négocié
Dépassement de 0-2%	70% du prix négocié	Activité entre 95% et 100% du "Gross revenue cap"	Paiement de 95% du "Net Revenue Cap" + 30% de l'activité non réalisée entre 95% et 100% du Gross revenue cap
Dépassement de 2%-13% extra	33% du prix négocié		
Dépassement de plus de 13%	65% du prix négocié		

La dégressivité tarifaire dans le cadre des négociations entre assureurs et hôpitaux

278. À chaque publication d'un nouveau système de dégressivité tarifaire par le Gouvernement, les hôpitaux débutent des négociations avec les principaux assureurs. Le Gouvernement publie des

directives qui prennent en compte les contrats précédents entre hôpitaux et HMOs et fixent le montant des rabais au-delà d'un certain volume d'activité de l'hôpital. Au-delà de ce cadre légal, les HMOs et les hôpitaux peuvent négocier des rabais spécifiques ou des temps d'attente réduits pour leurs assurés. Si les hôpitaux et les assureurs ne sont pas tenus de prendre en compte le cadre par défaut défini par le gouvernement (niveau des plafonds, dégressivité tarifaire s'appliquant au-delà des plafonds), les contrats négociés sont obligés de respecter le minimum d'activité qui doit être payé à l'hôpital par l'assureur d'une année sur l'autre. Le minimum d'activité s'élève à 95% du plafond des soins facturés ou « Gross Revenue Cap ». Ainsi, en 2014, l'assureur contractant avec un hôpital est obligé de payer au minimum 95% de ce qu'il a versé à l'hôpital en 2012.

279. Pour la négociation des contrats entre assureurs et hôpitaux, le point de départ est le système mis en place par le gouvernement. En pratique, dans le cas de l'assureur Clalit, pour chaque district (zone administrative entre le gouvernement central et les municipalités), un représentant négocie avec les hôpitaux de ce district. Chaque représentant d'un district connaît le budget par tête ajusté par la sévérité des cas qu'il est autorisé à négocier. Les trois paramètres principaux qui sont discutés lors de la négociation sont le budget global avant rabais, les rabais et enfin la qualité des soins dont les temps d'attente. Le représentant et l'hôpital négocient sur la base de l'activité réalisée l'année précédente et prennent en compte l'évolution globale des volumes estimée par le Gouvernement. Les évolutions épidémiologiques ne sont pas prises en compte lors de la négociation.

280. Dans le cadre des contrats bilatéraux entre hôpitaux et HMOs, le montant des rabais négociés peut être important. D'après le Ministère de la Santé, l'écart entre les prix fixés par le comité et les prix négociés s'explique par le fait que les prix fixés prennent en compte les coûts fixe et variable de production. Lors de la négociation, le HMO peut négocier des rabais en fonction des volumes négociés en arguant un amortissement des coûts fixes.

281. Les contrats passés entre les HMO et les hôpitaux définissent deux types de rabais. Un premier type de rabais consiste à diminuer le tarif associé aux services hospitaliers. Le deuxième rabais s'applique après un certain niveau d'activité (dégressivité). En moyenne, le niveau de rabais moyen négocié est de 19,4%. Ce niveau de rabais peut être (artificiellement) exprimé selon trois composantes : un rabais systématique de 2%, imposé à tous les hôpitaux et qui correspond à la prise en compte de l'augmentation générale des volumes hospitaliers ; un rabais « théorique » correspondant au rabais dont aurait bénéficié l'assureur dans le cadre du système de dégressivité défini par le Gouvernement, qui s'élève en moyenne à 10% ; enfin, le rabais obtenu par l'assureur dans le cadre de la négociation avec l'hôpital, qui s'élève en moyenne 7,4%.

282. Des exceptions permettent d'exclure certains services du système de dégressivité tarifaire. Dans le cadre des négociations, si un hôpital souhaite introduire une nouvelle activité, cette activité n'est pas prise en compte dans le système de plafonnement. De plus, si un hôpital souhaite développer une activité particulière, par exemple des examens d'IRM, en augmentant les volumes, l'HMO est en mesure de demander des rabais importants en échange de cette augmentation des volumes. Par ailleurs, si l'HMO souhaite offrir un service de qualité à ses assurés comme une réduction des temps d'attente sur certaines procédures, il peut consentir à des rabais moins importants en échange d'une meilleure qualité de service.

Système d'information au sein des hôpitaux

283. Les HMOs reçoivent tous les mois les factures pour l'ensemble des activités d'hospitalisation, services d'urgence et soins ambulatoires. L'hôpital doit alors être payé dans les 90 jours qui suivent l'envoi de la facture. Pendant ces 90 jours, l'assureur a le droit de contrôler et de demander des justifications sur certaines factures présentées par l'hôpital. Si l'échange d'information

avec les assureurs n'est pas obligatoire, l'hôpital a intérêt à informer en avance l'assureur de toute hausse des volumes non prévue car l'assureur observera de toutes les façons cet accroissement des volumes.

284. La dégressivité tarifaire est appliquée sur les tarifs durant l'année en cours. À partir des factures reçues mensuellement, l'HMO détermine si la demande de facturation mensuelle est en ligne avec le paiement mensuel qui devrait être versé en vertu du plafond d'activité fixé par le Gouvernement ou lors des négociations. Si la facturation mensuelle dépasse ce qui aurait dû être versé en fonction du plafond, l'HMO incorpore une partie du tarif réduit négocié. Chaque mois, l'HMO prend en compte les paiements effectués précédemment afin de «lisser» le phénomène d'ajustement des tarifs.

Discussion

285. Pour le Ministère de la Santé, le système de dégressivité tarifaire fixé par le gouvernement est un système par défaut privilégiant les accords entre hôpitaux et assureurs pour réguler les dépenses hospitalières. Pour autant, le système élaboré par le Gouvernement est un centre de gravité pour les assureurs et les hôpitaux qui dans le cadre des négociations gardent la structure de la tarification définie dans le cadre légal.

286. Pour Clalit, le principal HMO en Israël, si le système de dégressivité tarifaire apparaît comme un bon système, celui-ci mériterait d'être amendé. En effet, comme le système défini par le Gouvernement sert de point de départ des négociations, Clalit voudrait notamment que les rabais soient plus élevés afin de restreindre plus efficacement les activités inutiles. Par ailleurs, la méthode pour déterminer les plafonds devrait être affinée en prenant en compte plus finement les évolutions de la population. Enfin des plafonds par type de soins devraient être introduits.

Références et sites internet sur le système de santé israélien

Bowers, T. (2014) "Hot issues in Israel's healthcare system", Policy Brief, Taub Center for Social Policy Studies.

OECD (2012), OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards, OECD Publishing.

OECD (2013), OECD Economic Surveys: Israel 2013, OECD Publishing.

Rosen B and S. Merkur (2009) Israel: Health system review Health Systems in Transition, vol 11(2), pp. 1-226

Sites internet :

Rambam hospital : <http://www.rambam.org.il/Home+Page/>

Ministère de la santé : <http://www.health.gov.il/English/Pages/HomePage.asp>