

L'hospitalisation dans l'Union européenne 15/01/2009

Etude du groupe DEXIA sur l'hospitalisation dans les 27 pays de l'union européenne.

Avant les déboires...

Dexia est le premier acteur mondial sur le marché du financement du secteur public. Dexia occupe la place de leader mondial sur le marché du financement des équipements collectifs et des services financiers au secteur public. . A la suite de l'autorisation de la Commission européenne en date du 19 novembre 2008, les Etats belge, français et luxembourgeois ont signé avec Dexia une convention réglant les modalités de la mise en œuvre du plan de garantie temporaire octroyé par les trois Etats à Dexia. Dexia est indirectement exposé, au travers d'opérations de prêts partiellement collatéralisés, à des fonds qui ont investi dans des fonds gérés par Madoff pour un montant brut de EUR 164 millions...

L'analyse reste valable :

Systemes de santé des pays de l'Union européenne ... on ne s'étonnera pas que le poids des dépenses de santé s'alourdisse au fil des ans : elles approchent aujourd'hui les 10 % du PIB européen... on constate que les réformes hospitalières visent à responsabiliser les différents acteurs, l'introduction d'un financement reposant sur une tarification à l'activité en témoigne. recherche du meilleur compromis entre un haut niveau de technicité, qui appelle sans doute une concentration de moyens, et une facilité d'accès aux soins constamment réclamée par les citoyens

Dans les vingt-sept États membres de l'Union européenne, le financement des systèmes de santé repose essentiellement sur des fonds publics alimentés, selon la logique qui a prévalu à leur création, soit par la fiscalité soit par les cotisations sociales reposant sur le travail

- par la fiscalité (Chypre, Danemark, Espagne, Finlande, Irlande, Italie, Lettonie, Malte, Portugal, Royaume-Uni, Suède)

- par les cotisations sociales (Allemagne, Belgique, Estonie, France, Hongrie, Lituanie, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie).

Afin de faire face à la croissance des dépenses de santé et à la raréfaction des financements publics, de nombreux pays européens ont choisi de recourir à des fonds privés

Quatre modalités différentes :

- assurer pour certaines personnes une couverture primaire et donc remplacer la couverture offerte par le système public (Autriche, Allemagne ou encore Pays-Bas) ;
- compléter la couverture primaire lorsque le système public laisse une contribution à la charge du patient, comme en France ;
- venir en supplément de la couverture publique, en finançant des services non pris en charge par le système public (Danemark, Italie ou encore Pays-Bas) ;
- offrir une alternative au système public (Royaume-Uni, Irlande).

La territorialisation des compétences sanitaires est devenue à partir des années 1970 un des axes majeurs des réformes

-déconcentration, soit le transfert de décisions de l'administration centrale vers ses relais locaux ou régionaux, ou plus souvent d'une

-décentralisation, à savoir un transfert de compétences de l'État à des entités politiques locales (gouvernements locaux).

Pays à organisation sanitaire déconcentrée En Bulgarie, France, Grèce ou au Portugal, ont été créées des agences supervisées par l'État pour gérer à un niveau infranational le système de santé. Il convient de souligner que certains pays ont été amenés à revoir les modalités de ce processus de territorialisation. Au Danemark en 2007, les compétences sanitaires des comtés ont été transférées au niveau supérieur des cinq "régions de santé" nouvellement créées. En Irlande, la réforme de janvier 2005 a reconcentré l'organisation du système de santé, créant le Health Service Executive (HSE) en remplacement des huit health boards existant jusqu'alors. Dans chacun des États, les systèmes de santé restent en effet sous le contrôle d'une institution centrale.

LE SECTEUR HOSPITALIER EN EUROPE : UNE PLACE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUI DEMEURE FONDAMENTALE

L'Union européenne compte près de 15 000 hôpitaux pratiquant des soins aigus (médecine, chirurgie, obstétrique) ou une autre activité (psychiatrie, moyen ou long séjour). L'Allemagne et la France sont les deux pays européens qui comptent le plus grand nombre d'hôpitaux, respectivement près de 3 500 et 3 000

Les établissements de soins secondaires - souvent qualifiés d'hôpitaux généraux - dispensent des traitements plus complexes ne pouvant être assumés ni par les hôpitaux locaux, ni par les prestataires de soins primaires, ni par les spécialistes en médecine de ville ;

L'offre de soins hospitaliers peut être analysée à partir de différents indicateurs :

- le poids des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé,
- le nombre d'hôpitaux,
- le nombre de lits hospitaliers et
- le personnel hospitalier.

Par rapport à 1990, la densité de lits en soins aigus est en diminution dans tous les pays,

Comme pour beaucoup d'activités de service, le personnel tient une place primordiale dans le secteur de la santé

Les médecins hospitaliers sont généralement des agents publics, leur rémunération est ainsi fixée par l'administration de tutelle, comme par exemple à Chypre, en Espagne, en France, en Hongrie, à Malte, au Portugal, en République tchèque et en Slovaquie. Ce n'est pas le cas dans certains pays, où l'autonomie offerte aux établissements de santé reste néanmoins encadrée :• au Royaume-Uni, si les institutions de soins ont la responsabilité du recrutement et de la gestion de leur personnel médical et peuvent pour certaines décider de leur rémunération, le personnel hospitalier dispose tout de même d'un statut particulier protégeant la sécurité de son emploi et de sa carrière ;

-En Estonie, les médecins hospitaliers sont passés du statut de fonctionnaires d'État pendant la période communiste à celui de salariés de l'hôpital. Leurs conditions de travail dépendent d'un contrat de travail (comportant une négociation salariale passée individuellement avec l'hôpital

Dans certains pays où le secteur hospitalier est essentiellement privé (Belgique, Pays-Bas et Luxembourg), les médecins hospitaliers sont majoritairement payés à l'acte.

Dans le cadre de la création de nouveaux statuts d'établissements hospitaliers, notamment les fondations sanitaires publiques en Espagne et les hôpitaux EPE (Entité Publique Entrepreneuriale, établissement de capitaux publics à caractère commercial) au Portugal, le statut des personnels de santé peut être régi par les règles du droit privé du travail. Enfin, depuis quelques années, la rémunération des médecins hospitaliers comprend, par exemple en Autriche, en Bulgarie ou en Espagne, une part variable afin de les inciter à une plus grande efficacité.

Les hôpitaux sont très majoritairement de statut public. Le secteur privé représente en 2004 à l'échelon européen moins de 20% des lits hospitaliers mais son poids tend à progresser depuis les années 1980.

En France, l'hôpital public jouit d'une certaine autonomie financière mais l'État reste très présent dans le mode de gestion de l'hôpital.

En Suède, si les hôpitaux publics sont la propriété des comtés et placés sous leur tutelle, ils bénéficient d'une autonomie de gestion et disposent de leur propre budget depuis les années 1980.

L'Angleterre fait sans doute partie des pays européens où l'autonomie des hôpitaux publics est la plus large, avec la diffusion notamment dans les années 1980 du modèle du new public management ¹². Depuis 2000, les hôpitaux publics, transformés en trusts, passent des contrats concernant la nature et le volume de soins spécialisés et hospitaliers avec les PrimaryCare Trust (PCT)¹³. Ils disposent de marges de manoeuvre quant à la rémunération de leur personnel et la délivrance de soins.

Il n'existe pas réellement un statut privé des hôpitaux en Europe mais plusieurs statuts privés selon les pays, et même au sein d'un pays. Ces établissements peuvent en effet être à but non lucratif (appartenant par exemple à une association ou à une fondation) ou à but lucratif (appartenant alors à des personnes privées, morales ou physiques).

Une prise en charge du coût des soins prodigués dans les établissements privés peut ou non être proposée par le système public de couverture sociale. Cette prise en charge peut faire l'objet de conditions, le secteur hospitalier privé peut alors être invité à participer au service public hospitalier. Dans quatre pays (Belgique, Chypre, Luxembourg et Pays-Bas), l'offre de soins hospitaliers est essentiellement fournie par le secteur privé, tant en termes d'hôpitaux que de lits.

Le secteur hospitalier privé y est principalement à but non lucratif. Dans deux autres pays (l'Espagne et la France), les hôpitaux privés sont plus nombreux que les hôpitaux publics mais sont de taille plus modeste. Le secteur hospitalier privé, dominé par des établissements à but lucratif, concentre ainsi environ un tiers des lits dans ces deux pays.

En Suède ou en République tchèque, les autorités locales ont la compétence de décider de la privatisation de certains établissements de soins. Ces opérations sont toutefois délicates, suscitent en règle générale de vifs débats, et ne sont donc pas très fréquentes. Certains hôpitaux peuvent par exemple appartenir conjointement aux administrations publiques et à des sociétés privées commerciales. Ce statut a notamment été développé en Allemagne et dans certains pays de l'Europe centrale et orientale, comme la Lettonie, afin de faire face aux difficultés de financement des investissements dans le secteur de la santé. Ces hôpitaux demeurent toutefois sous la tutelle des fonds régionaux de l'assurance maladie avec lesquels ils sont sous contrat.

Les hôpitaux sont donc très majoritairement rémunérés des soins qu'ils prodiguent par le système public de couverture.

Les systèmes de paiement “rétrospectif” du secteur hospitalier, qui reposent sur l’observation de coûts exposés (typiquement le paiement à l’acte et/ou à la journée), tendent actuellement à être remplacés par les systèmes de paiement “prospectif”, fondés sur un coût défini ex ante et indépendamment des coûts effectifs, le paiement à la pathologie (aussi appelé “par cas” ou “à l’activité”).

Ce mécanisme repose sur une classification des séjours des patients dans des groupes de pathologies, construits en fonction d’une homogénéité de traitement et des moyens économiques requis pour leur prise en charge.

Plusieurs classifications existent, parmi lesquelles la plus ancienne, en provenance des États-Unis, les Diagnosis Related Groups (DRGs), est la plus connue.

L’introduction d’un paiement à la pathologie dans les hôpitaux vise avant tout à les inciter à améliorer la maîtrise de leurs dépenses mais aussi à réduire les files d’attente, comme en Suède.

Dans la majorité des pays, seuls les soins aigus sont actuellement concernés par un paiement à la pathologie

En complément d’un paiement strictement lié à la pathologie ou à l’activité, le mécanisme d’allocation des ressources hospitalières conserve dans l’immense majorité des pays européens, une part de budgétisation globale, notamment pour financer les missions d’intérêt général, indépendante d’une activité liée à un séjour hospitalier (typiquement la formation des médecins et la recherche médicale). Beaucoup de pays proposent à leur secteur hospitalier une montée en charge progressive dans le temps de la réforme du paiement à la pathologie, afin d’assurer une transition douce avec les précédents modes de financement.

Dans la majorité des pays européens, l’investissement des hôpitaux publics fait l’objet d’un financement spécifique. Celui-ci est traditionnellement assuré par l’État, par les collectivités locales ou par l’hôpital lui-même, voire le plus souvent par plusieurs de ces intervenants. En France et aux Pays-Bas, l’investissement hospitalier est principalement financé par le budget de l’hôpital, soit par autofinancement soit par recours à l’emprunt.

La majorité des États membres ont engagé des réformes porteuses d’actions proches : augmentation de la contribution des financements privés, mise en place d’une couverture maladie universelle, dynamique de décentralisation de l’organisation des systèmes de santé. Le secteur hospitalier est une composante essentielle du système de santé en Europe, même si son poids dans les dépenses de santé tend à diminuer depuis une vingtaine d’années. Enfin, les organisations et les acteurs sont susceptibles d’évoluer - comme le laisse apparaître l’introduction d’une concurrence encadrée dans certains systèmes de santé, qu’elle concerne les caisses d’assurance-maladie (Allemagne, Belgique, Pays-Bas) ou les hôpitaux

(Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) - avec la recherche d'une plus grande efficacité, mais aussi en fonction des interprétations des grands principes européens qui délimiteront à l'avenir les spécificités des services d'intérêt général, la subsidiarité et la "saine concurrence".

France 63,2 millions d'habitants

Taux de natalité : 12,6 ‰ Taux de mortalité : 9,2 ‰

Espérance de vie à la naissance : • 76 ans pour les hommes • 83 ans pour les femmes

PIB : 1 792 milliards PIB/hab : 28 400

Dépenses nationales de santé : 10,5 % du PIB

Dépenses de santé per capita : 3 160 PPA dollars

Financement assuré à 51,3 % par les cotisations sociales des travailleurs et des employeurs, à 33,2 % par les impôts (CSG, CRDS), à 7,3% par l'État (remboursement d'exonération de charges sociales) et à 8,2 % par d'autres sources (recours contre des tiers, régularisation de prestations)

Le régime général de la sécurité sociale couvre l'essentiel de la population salariée. Une centaine de régimes spéciaux (agriculteurs, mineurs, non salariés-non agricoles...) et spécifiques (fonctionnaires, grandes entreprises nationales comme EDF, SNCF, etc.) couvre le reste des travailleurs. La couverture a été étendue aux non travailleurs au travers de la « couverture maladie universelle ».

Depuis janvier 2005, le patient choisit librement un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) qui l'adresse aux spécialistes. Ce système n'est pas obligatoire mais entraîne une majoration de la contribution financière du patient s'il n'y adhère pas.

Coexistence d'hôpitaux publics, d'hôpitaux privés à but non lucratif et d'hôpitaux privés à but lucratif. Répartition des lits : 65,5 % publics ; 34,5 % privés. 2 890 hôpitaux dont 1 599 de soins aigus (en 2002, 225 900 lits de soins aigus). Les hôpitaux publics sont des établissements publics autonomes juridiquement et financièrement, sous la tutelle de l'État. Les hôpitaux privés à but non lucratif sont généralement administrés par des associations, des fondations, des sociétés mutualistes ou des congrégations religieuses. Les cliniques privées sont des sociétés civiles ou commerciales. Elles peuvent aussi appartenir à des personnes physiques. Se développent enfin des structures de coopération : GIE, GIP, GCS.

Jusqu'alors essentiellement assuré par une dotation globale forfaitaire, le mode de financement de l'hôpital a été radicalement modifié en 2004 : une part croissante des ressources (aujourd'hui en soins aigus, prochainement en soins de suite et en psychiatrie) dépend désormais du nombre et de la nature des

actes et des séjours réalisés (tarification à l'activité ou T2A). Le reste de l'activité des hôpitaux, notamment les missions d'intérêt général, demeure financé par une dotation forfaitaire.

Créées en 1996, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), agences déconcentrées de l'État, ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, d'en fixer les ressources et d'en contrôler le fonctionnement.

Les ressources des hôpitaux publics ou privés conventionnés proviennent essentiellement de l'Assurance maladie, dans le cadre d'un plafond prévisionnel des dépenses hospitalières de l'assurance maladie (ONDAM hospitalier), voté chaque année par le Parlement. Les autres ressources proviennent des mutuelles ou des patients (ticket modérateur)

L'investissement des hôpitaux français repose essentiellement sur l'autofinancement et l'emprunt bancaire. Ils peuvent aussi bénéficier de subventions de l'État, des collectivités locales, voire de dons ou de legs. Depuis 2003, l'État cherche à stimuler l'investissement hospitalier, dans le cadre de programmes de modernisation (plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012) qui fixent les orientations nationales en la matière et ouvrent droit à des financements d'État.

1,9 million d'employés dans le secteur de la santé et de l'action sociale, soit 8,0 % de l'emploi national. 1,2 million d'employés dans le secteur hospitalier. 59 010 médecins hospitaliers, soit 29 % de l'ensemble des médecins. Dans les hôpitaux publics, le statut des médecins hospitaliers est défini dans le code de la Santé publique. Ils ont un statut d'agent public et peuvent également mener une activité privée. Dans les établissements privés, les médecins sont liés par des contrats ou par des conventions collectives.

