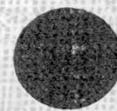


CREDOC

LES PRIX ET LES COUTS HOSPITALIERS DANS 7 PAYS DE LA C.E.E.

Sou1973-2466

Les Prix et les coûts hospitaliers
dans les 7 pays de la C E E / A.
Foulon. (Mai 1973).



1973

CREDOC•Bibliothèque



CENTRE DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION
1, BOULEVARD DE LA GARE - 75634 PARIS CEDEX 13 TEL.: 707-97-59

R2 099

C. R. E. D. O. C.
BIBLIOTHÈQUE

R²99
(10-4)

CENTRE DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION

C.R.E.D.O.C.
BIBLIOTHÈQUE

SUR LA CONSOMMATION

LES PRIX ET LES COUTS HOSPITALIERS

DANS SEPT PAYS DE LA C.E.E.



CENTRE DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION
SUR LA CONSOMMATION

"LES PRIX ET LES COÛTS HOSPITALIERS DANS SEPT PAYS DE LA C.E.E."

- E R R A T U M -

Page 5 - Tableau 1 - dernière ligne du tableau, lire : "Valeur (Francs Belges) (2)".

| FRANCE (1968) | | GRANDE-BRETAGNE (1969) | | | | ITALIE (1967) | R. P. A. (1971-1972) | | | PAYS-BAS (1969) | | |
|--|------------------------|----------------------------|---|--|----------------------------|-----------------------|----------------------------|--------------|------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Secteur Public | | Hôpitaux Psychiatriques | Hôpitaux Universitaires (Londres) | Hôpitaux Généraux Aigles + 100 lits | Hôpitaux Psychiatriques | Tous Hôpitaux Publics | Hôpitaux Généraux Publics | | | Tous Hôpitaux Généraux | Hôpitaux Psychiatriques | Instituts de soins |
| Hôpitaux Généraux Service de Médecine | Nord Rhin - Westphalie | | | | | | Basse Saxe | | | | | |
| C.H.R. | C.H. + H. | | | | | | Hôpitaux Universitaires | Classe A 1 b | Classe A 4 | | | |
| % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| 678,9 FB | 522,6 FB | 378,6 FB | 1 239,0 FB | 859,8 FB | 274,8 FB | 433,0 FB | 1 147,0 FB | 915,1 FB | 829,2 FB | 1 008,5 FB | 548,0 FB | 598,5 FB |

Page 9 - 3ème ligne - lire : "graphique 1, page 8" au lieu de graphique 1, page 5.

Page 32 - § 3.22 - 1ère ligne - lire : "(Etat, collectivités".

Page 47 - § **B** - Hypothèse 3 - 7ème ligne - lire : "prix de revient moyens journaliers" au lieu de prix de revient moyen journaliers.

Page 50 - 3ème paragraphe - 3ème ligne - lire : "divers points" au lieu de divers point.



R²99

30 MAI 1973

S O M M A I R E

| | <u>Page</u> |
|--|-------------|
| <u>I N T R O D U C T I O N</u> | 1 |
| <u>CHAPITRE I - LES METHODES ET ETAPES DE CALCUL DES COUTS</u> <u>ET PRIX DES SOINS HOSPITALIERS</u> | 6 |
| <u>SECTION 1 - LE CALCUL DU COUT PAR JOURNEE</u> | 6 |
| <u>SECTION 2 - LE PASSAGE DES COUTS AUX PRIX DE REVIENT PAR JOURNEE</u> | 27 |
| <u>SECTION 3 - LA DETERMINATION DES PRIX REELLEMENT PRATIQUES</u> | 29 |
| <u>SECTION 4 - CONCLUSIONS</u> | 39 |
| <u>CHAPITRE II - REMARQUES ET PROPOSITIONS POUR LA DEFINITION D'INDICES</u> <u>DE PRIX HOSPITALIERS APPLICABLES AUX "T E P A C"</u> | 41 |
| <u>SECTION 1 - METHODES DE CALCUL ET DE COMPTABILITE NATIONALE</u> | 41 |
| <u>SECTION 2 - PROPOSITION POUR LA DEFINITION D'INDICES DE PRIX</u> <u>HOSPITALIERS COMPARATIFS</u> | 44 |
| <u>SECTION 3 - CONCLUSIONS</u> | 50 |
| <u>A N N E X E</u> | 51 |
| <u>B I B L I O G R A P H I E</u> | 55 |

I N T R O D U C T I O N

La définition d'indices de prix synthétiques représentatifs des écarts et des variations de niveau de vie dans le temps, entre les pays ou entre des catégories sociales de population soulève trois séries de problèmes distincts :

- Le choix des biens et services dont les prix seront observés.
- La détermination des pondérations à accorder à chaque bien et service retenu.
- Le choix des techniques de mesure (Laspeyres, Paasche, Fischer) selon l'utilisation faite de ces indices.

Pour les indices de prix à la consommation servant aux comparaisons internationales de niveau de vie, notamment dans la C.E.E., aux calculs des "taux d'équivalence de pouvoir d'achat à la consommation" (T.E.P.A.C.), les deux premiers points sont les plus importants. En effet, les contenus des produits et plus particulièrement ceux des services, tant en ce qui concerne leurs définitions physiques (poids, surface, temps, etc...) que leur qualité, peuvent varier très sensiblement d'un pays à l'autre. De même, la part de chacun des produits dans la dépense totale de consommation des ménages diffère parfois très nettement entre pays. Ces divergences s'expliquent non seulement par les niveaux de développement économique et de revenu par habitant, mais aussi par les habitudes de mode de vie, les structures économiques et techniques de l'appareil de production ainsi que par l'étendue et les formes de l'intervention des pouvoirs publics sur la production, la consommation et les revenus.

Or, les indicateurs très généraux que sont le revenu national par tête (1), la composition des consommations privées et publiques (2) et la comparaison des structures du Produit Intérieur Brut (2) conduisent à penser en première approximation que les niveaux de vie, et par conséquent les prix (3) ne divergent pas de façon considérable entre les sept pays de la C.E.E. que sont la Belgique, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas et la République Fédérale d'Allemagne. Certes des différences existent, notamment entre l'Italie et les autres membres de la Communauté, mais elles sont moins importantes que celles que l'on peut constater avec les U.S.A. ou, a fortiori, avec les pays en voie de développement.

(1) - Revenu national par tête en 1970 : Belgique 2 104 \$, France 2 237 \$, Grande-Bretagne 1 670 \$, Italie 1 385 \$, Luxembourg (1969) 1 967 \$, Pays-Bas 1 943 \$, R.F.A. 2 337 \$.- Consommation privée par habitant (aux prix 1963) en 1970 : Belgique 1 279 \$, France 1 453 \$, Grande-Bretagne 1 171 \$, Italie 859 \$, Luxembourg 1 293 \$, Pays-Bas 994 \$, R.F.A. 1 246 \$.- Source [7]

(2) - Cf. [7] (Les chiffres entre crochets renvoient à la Bibliographie "in fine").

(3) - Indice des prix de la consommation privée, accroissement annuel moyen 1963-1970 : Belgique + 3,2 %, France + 4,1 %, Grande-Bretagne + 4,2 %, Italie + 3,5 %, Luxembourg + 3,5 %, Pays-Bas + 4,6 %, R.F.A. + 2,8 %.- [7]

Malgré les difficultés inhérentes aux comparaisons internationales, des analyses plus fines peuvent donc être entreprises sur les modes de vie et les pouvoirs d'achat dans le cadre de la C.E.E. sans que de telles études se heurtent aux biais irréductibles introduits par des différences de niveau de développement et des disparités structurelles ou institutionnelles.

Toutefois, un domaine soulève des difficultés qui ne peuvent être résolues avec les seules données globales fournies par les appareils statistiques courants : celui des services médicaux et plus particulièrement les soins hospitaliers.

On constate en effet d'une part que :

- Les espérances de vie à la naissance sont extrêmement voisines (1965 - Belgique : homme 67,7, femme 73,5 - France : homme 67,8, femme 75,0 - Grande-Bretagne : homme 68,1, femme 74,2 - Italie : homme 67,2, femme 72,5 - Luxembourg : homme 66,0, femme 73,0 - Pays-Bas : homme 71,1, femme 74,9 - R.F.A. : homme 67,6, femme 73,5).
- Les taux de mortalité infantile variaient en 1968 entre 1,82 % en Grande-Bretagne et 3,27 % en Italie.
- La densité de médecins pour 1000 habitants en 1965 oscillait entre 114,5 en Grande-Bretagne et 164,7 en R.F.A., le Luxembourg ayant une densité relativement faible de 97,3.
- Le nombre de lits d'établissements hospitaliers pour 1000 habitants se situait entre 9 et 12 lits en 1969 et 1970. De même on ne constatait pas d'écarts très importants entre les coefficients d'occupation et les durées moyennes de séjour dans les différents pays (1).
- Enfin, les taux de fréquentation pendant les mêmes années fluctuaient entre 100 et 140 entrées par an pour 100 000 habitants (2).

Mais d'autre part on observe que l'éventail des prix de journée hospitaliers est extrêmement large. Pour une catégorie d'hôpitaux assez homogène, celle des grands hôpitaux généraux universitaires ou provinciaux publics, les différences de prix de journée s'établissaient ainsi en francs belges pour les années 1970 et 1973 :

- Belgique : Hôpital universitaire de Bruxelles, 1973 :
 - . Régime commun : 2 137 F.B.
 - . (Chambre particulière : maximum 4 500 F.B.)

(1) - Cf. Tableau A2 de l'Annexe.

(2) - [4]

- France : Moyenne des prix des centres hospitaliers universitaires (régime commun), 1972 :
 - . Service de médecins : 1 540,0 F.B.
 - . Service de chirurgie : 2 085,0 F.B.
 - . Service de spécialités coûteuses : 4 269,0 F.B.

- Grande-Bretagne : Coût moyen de la journée (hôpitaux universitaires de Londres), 1970 : (1 375,1 F.B.).

- Italie : Hôpitaux généraux de région, 1972 : 1 500 F.B.

- Luxembourg : Prix de journée des hôpitaux affiliés à une assurance maladie des ouvriers, 1971 : 342 F.B.

- R.F.A. : Hôpitaux universitaires, 1972 :
 - . Nord Rhin (maximum) : 1 250 F.B.
 - . Bavière (minimum) : 903 F.B.

- Pays-Bas : Ensemble des hôpitaux généraux affiliés aux assurances légales, 1971 : 1 311 F.B.

Des disparités plus grandes apparaissent lorsque l'on fait abstraction des catégories d'hôpitaux, notamment entre les hôpitaux ordinaires et les hôpitaux universitaires ainsi qu'entre les établissements publics et privés (1).

Ainsi, d'après ces données brutes, on serait tenté de conclure que, soit en raison du coût des facteurs de production, soit en raison du volume des soins fournis, l'hospitalisation coûte, dans certains pays de la C.E.E., entre 5 et 10 fois plus cher que dans les hôpitaux Bavarois ou Luxembourgeois. Mais les indicateurs sur les niveaux sanitaires et les moyens de production hospitaliers qui se situent dans des éventails beaucoup plus restreints semblent infirmer de telles conclusions.

On ne peut lever, au moins partiellement, cette contradiction qu'en recherchant derrière les statistiques de prix de journée le contenu précis de ces chiffres, c'est-à-dire leurs significations économiques et administratives.

(1) - On notera à titre d'exemple que les prix de journée moyens des services de médecine générale des hôpitaux publics français variaient en 1972 d'environ 30 F.F. dans certains hôpitaux et hôpitaux ruraux à 200 F.F. dans les centres hospitaliers universitaires. En R.F.A., en 1972, les prix de journée les plus élevés des hôpitaux généraux publics étaient de 130 DM dans la région de Basse Saxe, et le prix le plus bas des hôpitaux privés de 10 DM en Bavière.

Les renseignements utilisés pour cette étude ont porté sur :

- les structures des appareils hospitaliers nationaux (nombre d'établissements, de lits...),
- les niveaux et compositions des coûts et prix de revient des hôpitaux établis sur la base des comptabilités hospitalières,
- les législations et réglementations intéressant aussi bien la fixation des prix de journée que les modes de financement des dépenses de soins médicaux.

Les sources statistiques de chacun des sept pays de la C.E.E. sont établies différemment selon les préoccupations et besoins nationaux. L'ensemble des données chiffrées disponibles est donc très hétérogène, non seulement quant aux années de référence, mais aussi quant aux définitions utilisées par chaque pays. Par ailleurs, certaines statistiques, souvent importantes pour une telle étude, font complètement défaut. Aussi parfois a-t-on dû se contenter soit de comparaisons très ponctuelles ayant seulement valeur d'exemples, soit au contraire de ne faire les comparaisons qu'entre un nombre restreint de pays.

Les lacunes de l'information ont naturellement limité le champ des réponses que l'on peut apporter aux questions soulevées. Ainsi il n'a pas été possible de construire des indices de prix de journée propres à chaque pays sur la base desquels pourraient être estimés des "taux d'équivalence de pouvoir d'achat" partiels applicables aux soins hospitaliers.

On s'est efforcé de répondre le plus complètement possible aux deux problèmes suivants :

- Quels sont les facteurs et les procédures qui déterminent les prix de journée ? (Chapitre I).
- Selon quelles méthodes et par quels moyens statistiques pourrait être élaboré un instrument d'observation homogène pour les pays de la Communauté permettant d'intégrer les prix hospitaliers dans les indices TEPAC ? (Chapitre II).

Tableau 1

Structures en pourcentages et valeurs en monnaie nationale et francs

| | FRANCE (1968) | | | GRANDE - BRETAGNE (1969) | | |
|---|--|-----------|---------------------------|---|--|---------------------------|
| | Secteur Public | | | Hôpitaux Universitaires (Londres) | Hôpitaux Généraux Aigles + 100 lits | Hôpitaux Psychiatrique |
| | Hôpitaux Généraux Service de Médecine | | Hôpitaux Psychiatrique | | | |
| | C.H.R. | C.H. + H. | | | | |
| | % | % | % | % | % | % |
| <u>CHARGES DE PERSONNEL</u> | 67,9 | 64,5 | 69,5 | 69,9 | 69,6 | 67,0 |
| - dont <u>Salaires et Traitements</u> : | | | | | | |
| . de médecins | (8,2) | (8,2) | nd | (5,4) | (5,1) | (4,3) |
| . d'infirmières | nd | nd | nd | (19,8) | (25,0) | (35,3) |
| . de religieuses | nd | nd | nd | - | - | - |
| - dont <u>Charges Sociales</u> | nd | nd | nd | nd | nd | nd |
| <u>CONSUMMATIONS INTERMEDIAIRES</u> . . | 24,7 | 27,6 | 20,5 | 16,3 | 17,1 | 14,5 |
| - dont Pharmacie | (5,1) | (6,3) | (3,5) | (3,8) | (3,6) | (2,3) |
| <u>INTERETS</u> | 0,6 | 0,9 | 0,8 | nd | nd | nd |
| <u>AMORTISSEMENTS</u> | 5,1 | 5,4 | 7,9 | 6,4 | 5,8 | 7,4 |
| <u>AUTRES DEPENSES</u> (1) | 1,7 | 1,6 | 1,3 | 7,4 | 7,5 | 11,1 |
| I - TOTAL COÛTS DES SOINS HOSPITALIERS (%) .. | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| Valeur (monnaie nationale) | 76,7 F | 57,3 F | 37,9 F | 10 £ 17.4. | 7 £ 8.8. | 2 £ 7.4. |
| Valeur (francs belges) (2) | 773,0 FB | 577,5 FB | 382,2 FB | 1 298,5 FB | 890,0 FB | 283,1 FB |
| II - RECETTES (-) ou DEPENSES (+) ANNEXES | - 9,3 F | - 5,5 F | - 0,4 F | - 10 s.0. | - 5 s.0. | - 1 s.5. |
| Solde (monnaie nationale) | | | | | | |
| III = I + II - PRIX DE REVIENT PAR JOURNEE | | | | | | |
| Valeur (monnaie nationale) | 67,4 F | 51,8 F | 37,5 F | 10 £ 7.4. | 7 £ 3.8. | 2 £ 5.11. |
| Valeur (Francs Belges) (2) | | | | | | |

nd : non disponible

(1) - Autres dépenses : Impôts, transferts, assurances, etc...

(2) - Cf. Taux de change en Annexe 3

Sources : Cf. Bibliographie et sources statistiques in fine

belges des coûts des soins hospitaliers et prix de revient par journée

| ITALIE (1967) | R . P . A . (1971-1972) | | | P A Y S - B A S (1969) | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| | Hôpitaux Généraux Publics | | | Tous Hôpitaux Généraux | Hôpitaux Psychiatriques | Instituts de soins |
| Tous Hôpitaux Publics | Nord Rhin - Westphalie | | Basse Saxe | | | |
| | Hôpitaux Universitaires | Classe A 1 b | Classe A 4 | | | |
| % | % | % | % | % | % | % |
| 65,9 | 62,3 | 58,2 | 69,3 | 62,1 | 65,9 | 63,1 |
| nd | (11,1) | (11,6) | nd | (2,0) | (4,5) | (2,2) |
| nd | (30,2) | (25,4) | nd | (23,3) | (19,7) | (25,3) |
| nd | nd | nd | nd | (0,8) | (0,8) | (1,5) |
| nd | nd | nd | nd | (15,1) | (17,1) | (14,3) |
| 28,0 | 21,6 | 24,8 | 27,2 | 22,7 | 23,5 | 23,5 |
| (8,3) | (8,8) | (10,2) | nd | nd | nd | nd |
| 1,2 | 3,5 | 1,4 | 1,6 | 7,2 | 10,6 | 5,6 |
| 4,2 | 4,8 | 5,7 | 1,9 | 8,0 | | 7,8 |
| 0,7 | 7,8 | 9,9 | | nd | nd | nd |
| 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| 5 450 L 434,0 FB | 121,0 DM 1 690,8 FB | 85,5 DM 1 194,5 FB | 68,9 DM 956,3 FB | 75,8 F1 1 048,0 FB | 41,9 F1 579,0 FB | 45,2 F1 625,3 FB |
| - 13 L | - 38,9 DM | - 20,0 DM | - 9,2 DM | - 2,9 F1 | - 2,3 F1 | - 1,9 F1 |
| 5 437 L | 82,1 DM | 65,5 DM | 59,7 DM | 72,9 F1 | 39,6 F1 | 43,3 F1 |

C H A P I T R E I

- LES METHODES ET ETAPES DE CALCUL DES COUTS ET PRIX DES SOINS HOSPITALIERS -

Pour comprendre et analyser les différences de niveaux de prix des soins hospitaliers entre les pays de la C.E.E., éventuellement entre les hôpitaux d'un même pays, il convient :

- 1°/ de suivre le cheminement qui, à partir des coûts, détermine les prix observés,
- 2°/ d'identifier, à chaque étape de ce cheminement, les facteurs significatifs des différences constatées.

Le processus qui, partant des coûts, aboutit aux prix et tarifs peut se résumer à trois séquences : le calcul du coût par journée (section 1), le calcul du prix de revient (section 2), la détermination des prix réellement pratiqués (section 3). Le graphique 1 précédent schématise cette démarche.

SECTION 1 - LE CALCUL DU COUT PAR JOURNEE

Il est évident qu'on ne saurait étudier et comparer les prix de journée hospitaliers entre des systèmes différents sans partir d'une base commune de référence : le coût de la journée d'hospitalisation. On ne s'intéressera dans cette section qu'aux composantes et aux facteurs de variation de ces coûts sans considérer les divers types de recettes qui leur sont associés et qui seront analysés dans la Section 3.

1.1 - Définition du coût de la journée.

Celui-ci correspond à la somme des coûts de tous les facteurs de production, auxquels s'ajoutent éventuellement les charges fiscales, nécessaires aux fournitures des soins et de l'hébergement aux malades hospitalisés pendant une journée.

1.2 - Les éléments du coût de la journée

Les composantes du coût comprennent :

- a) les charges de personnels y compris les charges sociales et quelque soient leur mode d'évaluation (acte par acte, forfait...) et leur nature juridique (salaire ou honoraire). Elles concernent :
 - . les médecins et biologistes,
 - . les pharmaciens,
 - . les dentistes,
 - . les infirmières,
 - . les autres auxiliaires para-médicaux (ou des soignants, ambulanciers...),
 - . les personnels hôteliers (cuisiniers, lingères...),
 - . les personnels d'administration (directeur, économiste...).

- b) les biens et services nécessaires aux soins et à l'hébergement :
 - . les produits pharmaceutiques,
 - . les petits matériels médicaux (seringues...),
 - . les produits alimentaires,
 - . l'énergie (électricité, gaz...),
 - . la lingerie,
 - . la papeterie,
 - . le téléphone,
 - . les services acquis à l'extérieur (culte, services juridiques...).

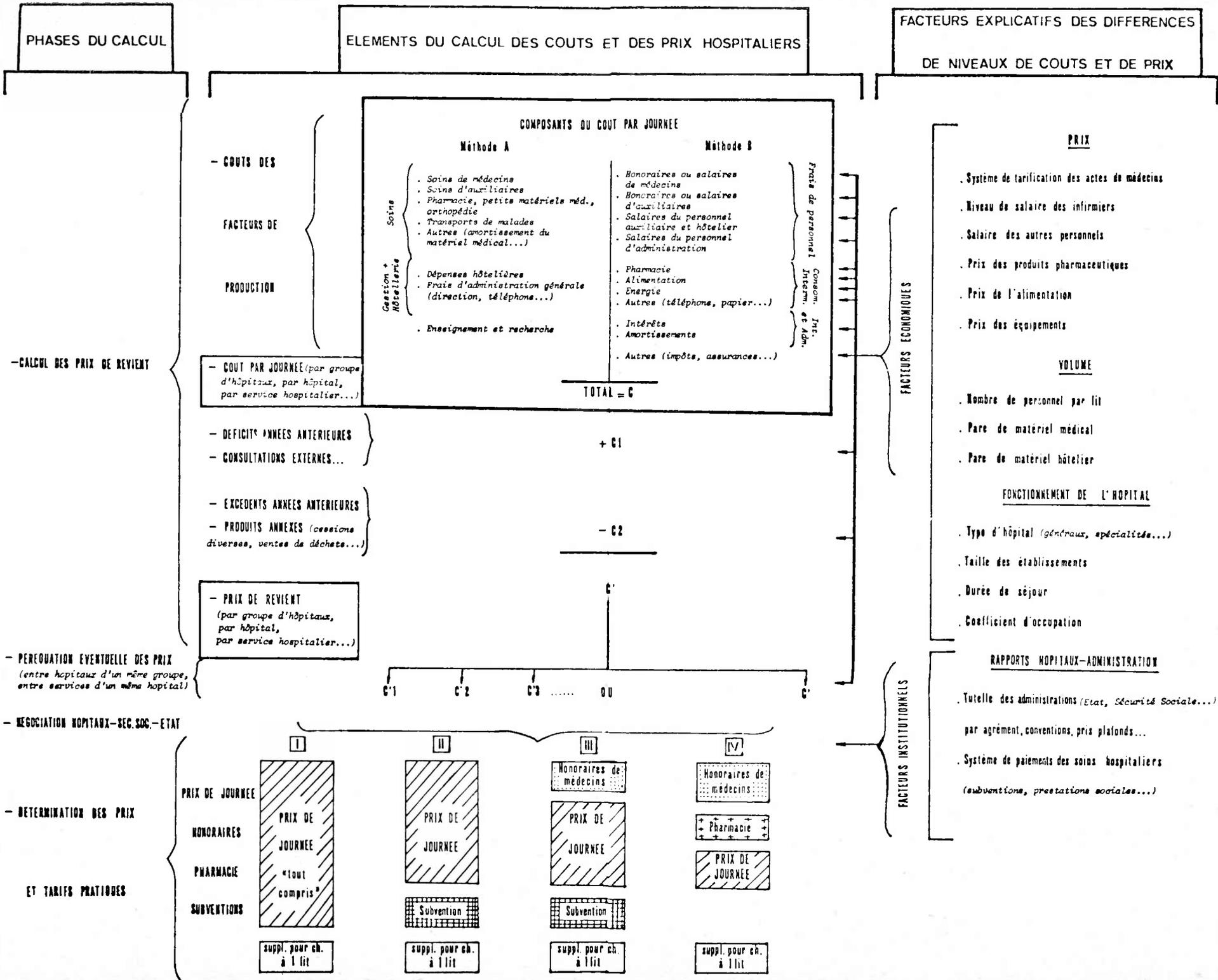
- c) les charges financières :
 - . les intérêts.

- d) les charges de capital :
 - . le gros entretien et les réparations importantes des immobilisations,
 - . l'amortissement des investissements,

- e) les autres charges qui ne représentent en général pour les hôpitaux qu'une faible partie de leurs dépenses :
 - . les impôts indirects (éventuellement),
 - . les assurances,
 - . etc...

Ces différents coûts peuvent être regroupés, ou au contraire ventilés, de façons très diverses selon les modalités de calcul des prix de revient. On peut ainsi distinguer :

Shéma résumé des éléments et facteurs rentrant dans le calcul des prix de journée hospitaliers



- soit : les dépenses de soins, les dépenses d'hôtellerie, les dépenses de gestion, les dépenses d'enseignement et de recherches (méthode A du graphique 1, page 5),
- soit : les frais de personnel, les dépenses de consommations intermédiaires, les amortissements, les impôts... (méthode B du graphique 1),
- soit : les éléments directs de fonctionnement du service (par exemple du service de médecine générale, du service de chirurgie...), les éléments indirects (administration générale, chauffage...), les éléments mixtes (entretien des locaux, jardins...).

Quelque soit la méthode utilisée, la somme de toutes les composantes ainsi prises en compte est égale au coût de la journée d'hospitalisation.

1.3 - Facteurs explicatifs des différences de niveaux de coûts

Plusieurs éléments interviennent pour expliquer les écarts de coûts entre les types d'hôpitaux d'un même pays ou entre les hôpitaux de même type de pays différents : les uns sont d'ordre médicaux, les autres économiques et les derniers d'ordre institutionnel.

Aucun de ces facteurs n'est entièrement indépendant des autres puisque la technicité, donc le classement administratif, des hôpitaux dépend en partie de la tutelle exercée par l'administration sur les établissements, que le système de tarification des actes médicaux dépend le plus souvent des rapports entre les organisations de praticiens et la Sécurité Sociale, etc... Ce n'est donc que par souci de clarification que l'on distinguera ces trois séries de facteurs.

1.31 - Les facteurs médicaux. Il est trop évident que le coût de la journée varie en général dans le même sens que la technicité des soins, pour qu'il y ait lieu d'y insister ici. Cette relation entre le coût et la technicité médicale n'est pas simple et ne peut être explicitée aisément (1) (cf. § 1.32, B1 ci-dessous). Mais il ressort de l'observation que, à potentiel de production comparable, plus l'état de santé du malade, ou la gravité de la maladie, exige des soins intensifs de technicité élevée et spécialisée (donc des personnels de haute formation et d'équipements très élaborés), plus le coût de la journée est important. Ainsi constate-t-on que le coût moyen de journée :

(1) - On remarquera en effet que l'introduction d'innovations techniques (analyseurs automatiques, produits pharmaceutiques nouveaux, processus de soins...) peut se traduire par une diminution des coûts unitaires (du coût de l'analyse, des antibiotiques, du coût de l'opération...) tout en provoquant un accroissement du volume des soins (plus d'analyses, plus de médicaments, soins donnés sur une plus longue durée...), la résultante étant le plus souvent une augmentation, à durée de séjour égale, du coût des soins, donc du coût de la journée d'hospitalisation.

- était en 1971 à l'Assistance Publique de Paris de 84 FF en service de convalescence, 172 FF en service de médecine générale, 225 FF en cardiologie, 355 FF en neuro-chirurgie, 577 FF en chirurgie thoracique et cardio-vasculaire et 629 FF en service de rein artificiel (1).
- était en 1969 en Grande-Bretagne de 19,12 £ pour les hôpitaux de convalescents, 30,9 £ pour hôpitaux de chroniques, 47,11 £ dans les hôpitaux ophtalmologiques, et 52,0 £ dans les établissements pour maladies aiguës (2).

1.32 - Facteurs économiques. La deuxième série d'éléments qui influe sur le niveau du coût de la journée d'hospitalisation est d'ordre économique. A technicité égale (cf. § 1.31 ci-dessus) et à supposer que la tutelle des administrations sur les hôpitaux (cf. § 1.33 ci-dessous) s'exerce dans des conditions comparables (3), trois facteurs sont à retenir : les prix, les volumes de soins et le fonctionnement des établissements.

A - Les prix : Toutes choses égales par ailleurs, les niveaux de prix de chacun des facteurs et les systèmes de tarification des actes médicaux expliquent les différences observées de coût par journée. Trois catégories de prix sont particulièrement importantes : les prix du travail, ceux des consommations intermédiaires et les charges de capital.

A1 - Les prix du travail : Le premier élément à prendre en compte ici est le mode de paiement des médecins (éventuellement des dentistes). Il peut se diviser en trois systèmes :

α/ le paiement à l'acte par entente directe entre le praticien et le malade. Le prix des soins pour une même intervention peut alors varier de façon très importante en fonction de nombreux facteurs (rapport médecin-malade, niveau de revenu de celui-ci, etc...). C'est le cas chaque fois que le médecin exerce en pratique libérale et n'est lié par aucun engagement avec l'Etat ou la Sécurité Sociale : médecins non-conventionnés en France et en Belgique, médecins hors N.H.S. en Grande-Bretagne, médecins "non-agrérés" par la Sécurité Sociale en Allemagne Fédérale.

(1) - [11]

(2) - [16]

(3) - Ce qui paraît être vérifié dans le cadre de la C.E.E., au moins pour la tutelle de l'Etat à l'égard des établissements hospitaliers du secteur public.

- B/** le paiement à l'acte d'après un barème de tarifs en général négocié entre les organismes professionnels de médecins et les administrations (Etat ou Sécurité Sociale). Ce système est utilisé quand les médecins exercent en pratique libérale sous contrat avec les organismes publics d'assurance maladie : médecins conventionnés en France, en Belgique et au Luxembourg, médecins "agrés" des caisses d'assurance maladie en Allemagne Fédérale, médecins libéraux à temps partiel dans certains hôpitaux privés non lucratifs aux Pays-Bas.
- γ/** le salariat pour lequel le taux de rémunération est indépendant de la nature des actes effectués mais varie selon la qualification du praticien, son ancienneté, l'hôpital où il exerce, etc... Ce système est le plus fréquent dans les établissements publics : médecins plein temps des hôpitaux publics et de certains hôpitaux généraux non lucratifs en France, médecins spécialistes des hôpitaux du N.H.S. en Grande-Bretagne, médecins spécialistes des hôpitaux publics et de certains privés non lucratifs aux Pays-Bas, ainsi que pour tous les médecins hospitaliers en Italie et ceux des hôpitaux publics en Allemagne Fédérale (1). Bien que les modalités de calcul des rémunérations soient parfois différentes de celles du salaire de leurs confrères plein temps, on peut assimiler à un salaire les vacations touchées dans certains pays par les médecins temps partiel des hôpitaux du secteur public ou du secteur privé non lucratif (France, Pays-Bas).

Le coût des soins est différent dans les trois systèmes de paiement. Dès lors que le médecin exerce en pratique libérale (**α** et **β**) il est considéré comme un entrepreneur individuel en quelque sorte extérieur à l'hôpital du point de vue de sa rémunération ; de ce fait, les honoraires médicaux sont censés couvrir non seulement le revenu du praticien mais encore ses frais professionnels (secrétariat, petits matériels, assurances et charges sociales, etc...) qui dans le cas des médecins salariés (**γ**) sont à la charge de l'hôpital. Par ailleurs et bien que les statistiques en ce domaine fassent presque complètement défaut, il y a lieu de penser que les prix demandés par les médecins exerçant en pratique totalement libre (**α**) sont en moyenne supérieurs à ceux de leurs confrères libéraux ayant passé contrat avec l'Etat ou la Sécurité Sociale (**β**) (2).

-
- (1) - On remarquera que dans certains cas et dans certaines limites, les médecins salariés plein temps ont la possibilité de cumuler leur traitement hospitalier avec des honoraires de type libéraux pour des malades "privés" soignés à l'hôpital ou à l'extérieur (France, R.F.A., Italie).
- (2) - En effet, on constate qu'en général les praticiens libéraux sans lien avec l'Etat ou la Sécurité Sociale, d'une part sont pour une certaine proportion des médecins ayant une clientèle de patients aisés (Harley Street de Londres, 16^e arrondissement de Paris...), d'autre part doivent financer eux-mêmes sur leur propre épargne certains avantages sociaux (notamment retraites) qui sont accordés à leurs confrères conventionnés ou licenciés et dont une partie est prise en charge par des financements publics.

On peut résumer, sans pouvoir les chiffrer, les positions relatives du coût des soins de médecins (à intervention médicale identique) comprises dans le coût de la journée d'hospitalisation : les coûts du système " α " sont supérieurs à ceux du système " β " eux-mêmes supérieurs à ceux du système " γ ".

Il apparaît ainsi qu'il n'existe pas de modèle unique de rémunération des médecins hospitaliers, non seulement pour tous les pays de la C.E.E., mais encore à l'intérieur de chacun d'entre eux. Bien plus, il semble que parfois l'on fasse appel à différentes combinaisons de ces modes de rémunérations selon que le médecin exerce dans un établissement public, privé non lucratif ou privé lucratif, selon qu'il y est plein temps ou temps partiel et selon qu'il a un statut de médecin libéral ou salarié.

En ce qui concerne les autres personnels hospitaliers, on remarquera en premier lieu que le coût des soins de certains auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, orthopédistes...) peut être évalué comme des honoraires libéraux comparables à ceux des médecins. C'est le cas en Belgique et dans certaines cliniques privées en France.

Toutefois, le statut le plus répandu, aussi bien dans le secteur hospitalier public que privé, est celui du salariat, tant pour les auxiliaires médicaux que pour les personnels hôteliers et administratifs.

Le niveau des salaires dépend évidemment de la qualification des personnels en question et de leur âge, des grilles de traitements en général imposées par l'Etat aux hôpitaux publics et parfois à certains établissements non lucratifs, de la rareté relative par rapport aux besoins de catégories particulières d'auxiliaires, de la concurrence plus ou moins forte que se font le secteur public et le secteur privé pour attirer certains types de personnels, etc... Le total des charges salariales peut aussi varier, tant en valeur qu'en proportion des coûts, en fonction de la législation sociale portant sur les cotisations salariales et patronales ou les taxes para-fiscales destinées au financement des avantages sociaux (assurances maladie, retraites..). Les travaux effectués dans ce domaine à un niveau très global par la C.E.E. et l'O.C.D.E. (1) ne semblent pas indiquer, sauf pour la Grande-Bretagne où la plus grande partie des assurances sociales est "fiscalisée", des disparités telles que les charges sociales entraînent des différences considérables de coûts salariaux entre les pays. Il est certes difficile d'extrapoler des moyennes nationales au domaine particulier de l'hospitalisation, mais on peut admettre en première approximation que ce qui a été estimé au niveau global doit très grossièrement s'observer pour les charges salariales dans les établissements hospitaliers.

(1) - Statistiques de recettes publiques des pays membres de l'O.C.D.E. 1968-1970, O.C.D.E. 1972 - C.E.E.

Tableau 2

Part des cotisations de Sécurité Sociale dans le P.N.B. au prix du marché
(moyenne 1968 - 1970)

| Belgique | France | Grande Bretagne | Italie | Luxembourg (1968-1969) | Pays-Bas | R.F.A. |
|----------|--------|-----------------|--------|------------------------|----------|--------|
| 9,8 % | 14,5 % | 5,0 % | 11,0 % | 9,5 % | 14,2 % | 10,8 % |

Source : O.C.D.E.

Par contre, un élément important peut intervenir pour expliquer tant les niveaux des coûts que leur structure tenant à la participation de membres des congrégations religieuses au personnel des hôpitaux, comme infirmières et aides soignantes. Il est fréquent que celles-ci reçoivent des salaires sensiblement inférieurs à ceux de leurs collègues laïques. Ceci contribue à diminuer en valeur et en pourcentage les charges salariales dans le coût de l'hospitalisation, notamment au Luxembourg (1) et aux Pays-Bas (2), mais cela n'a pu être vérifié pour les autres pays ayant une proportion importante d'hôpitaux confessionnels non lucratifs (R.F.A., Italie et Belgique).

A2 - Les prix des biens et services intermédiaires : Les biens et services achetés sur le marché et nécessaires tant pour la production des soins que pour les services hôteliers, représentent une part importante des dépenses hospitalières. Leurs coûts dépendent évidemment des prix pratiqués sur le marché, mais aussi de deux autres éléments liés à la gestion des établissements : d'une part la faculté d'acheter en gros, soit directement pour les hôpitaux de grande taille, soit par le canal de centrales ou de regroupements d'achats pour les hôpitaux de taille moyenne ou petite, d'autre part la gestion des stocks, en particulier pour les produits alimentaires et pharmaceutiques ainsi que pour les petits matériels médicaux et hôteliers.

A qualité et quantité égales de produits achetés, leurs coûts seront d'autant plus faibles pour l'hôpital que les prix du marché seront plus bas, que ces biens et services seront acquis en gros, éventuellement fabriqués par l'hôpital lui-même, et que la composition et la rotation des stocks limiteront les pertes tout en permettant de profiter au mieux des conditions du marché (anticipations d'achats de produits non périssables pour lesquels on s'attend à une hausse des prix...).

(1) - [21]

(2) - [23] , [24]

La prise en compte de ces facteurs est certainement utile et nécessaire pour expliquer une part des différences de coûts par journée observées entre les hôpitaux comparables des sept pays étudiés, ne serait-ce qu'au niveau des postes principaux de consommations intermédiaires que sont :

- les produits alimentaires,
- les matériels hôteliers (lingerie...),
- les produits pharmaceutiques,
- les services demandés à l'extérieur, en particulier pour la gestion générale (traitement de l'information, études...).

Une telle analyse dépasse très largement le cadre de cette étude en raison à la fois du manque de donnée sur ces sujets et des problèmes méthodologiques soulevés par ce type de comparaison (1).

Tout au plus peut-on avancer en première approximation, et si l'on suppose toutes choses égales par ailleurs (en particulier les volumes consommés et les classements par catégorie d'hôpitaux), que pour les hôpitaux généraux universitaires et l'ensemble des autres établissements généraux de France, Grande-Bretagne et Pays-Bas, les coûts moyens par journée des consommations intermédiaires exprimés en francs belges ne variaient pas entre 1968 et 1969 de plus de 1 à 1,6.

Tableau 3

Coûts moyens par journée des consommations intermédiaires

| Pays | Francs belges | | |
|------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| | Hôpitaux Universitaires | Autres hôpitaux Généraux | Hôpitaux Psychiatriques |
| France (1968) | 190,93 (dont pharmacie 39,42) | 159,38 (dont pharmacie 36,38) | 78,35 (dont pharmacie 13,37) |
| Grande-Bretagne (1969) | 211,65 (dont pharmacie 49,34) | 152,19 (dont pharmacie 32,04) | 41,04 (dont pharmacie 6,5) |
| Pays-Bas (1969) | 237,89 | | 136,06 |
| R.F.A. (1971) | 365,2 (dont pharmacie 148,8) | 296,2 (dont pharmacie 121,8) | nd |

Source : tableau 1

(1) - [2]

A l'opposé, le coût correspondant pour les établissements psychiatriques semblent différer très sensiblement d'un pays à l'autre.

En tout état de cause, les coûts du tableau précédent n'ont qu'une valeur indicative du fait du décalage des années retenues par pays et de la très inégale représentativité des chiffres donnés au tableau 1 selon les types d'hôpitaux et les pays. Par ailleurs, l'hétérogénéité de ces consommations intermédiaires dissimulent certainement des effets de compensation entre les divers types de produits à prix élevés et à prix faibles qui ne pourraient être identifiés que par une analyse minutieuse des prix de ces biens et services par catégorie d'hôpitaux et par pays.

A3 - Le prix des équipements : La charge de capital se transmet au niveau des coûts de fonctionnement par trois postes principaux : les amortissements, les grosses réparations (1) et les intérêts.

A volume constant de ces dépenses, leur valeur et leur poids dans le coût de la journée sont fonction du système de prix attaché aux immobilisations et aux emprunts, c'est-à-dire :

- de l'ancienneté des investissements,
- de leur technicité,
- de la rapidité de leur obsolescence réelle ou relative par rapport aux innovations techniques apportées, tant aux constructions immobilières qu'aux matériels médicaux,
- de la période durant laquelle les amortissements sont calculés,
- du prix de référence choisi pour estimer la valeur du capital amorti qui peut varier entre deux extrêmes : le prix d'acquisition et le prix du matériel similaire le plus récent rendant, au minimum, des services identiques au matériel que l'on amorti,
- des taux de l'intérêt auxquels les emprunts à moyen ou long terme ont été effectués,
- des salaires et des prix des matériaux engagés pour les grosses réparations.

(1) - On notera que la limite entre "entretien courant" et "grosses réparations" est souvent floue. Les critères de partage dépendent dans la pratique des conditions propres au système hospitalier, en particulier des modes de financement de ces dépenses (cf. § 1.3).

Tous ces éléments sont plus ou moins interdépendants (1) et, bien qu'il existe en général des normes applicables au moins aux établissements publics, rien ne garantit d'une part qu'elles soient satisfaisantes du point de vue de l'amortissement économique, et pas seulement comptable, d'autre part qu'elles soient respectées dans tous les cas (cf. Section 3 ci-dessous).

Aussi, les coefficients concernant ces postes dans le tableau 1 ne peuvent-ils être interprétés même grossièrement faute d'information sur les situations patrimoniales (ancienneté, prix des matériels...) et les méthodes d'amortissement les plus répandues selon les types d'hôpitaux et les pays.

B - Les volumes : Le concept de volume recouvre à la fois la quantité et la qualité d'un bien ou d'un service.

C'est une notion difficile à analyser en détail, particulièrement dans le domaine des services, puisque d'une part les mesures des quantités physiques (nombre d'analyses médicales, nombre de consultations, grammes de viande, etc...) sont hétérogènes, d'autre part que les estimations de la qualité des biens et services se révèlent être dans bien des cas purement conventionnelles et non additionnables. C'est pourquoi le volume est évalué par les comptes nationaux en termes de valeurs à prix constants (2).

Considérant toutes choses égales par ailleurs (niveaux des prix de facteurs, fonctionnement de l'hôpital, cadre institutionnel), le volume des prestations fournies aux malades, donc le coût de la journée d'hospitalisation, peut varier en fonction de divers éléments jouant sur le volume des soins ou le volume des services d'hébergement.

B1 - Le volume des soins. Celui-ci dépend :

- de l'état de santé du malade, c'est-à-dire de la maladie et de sa gravité (risque mortel, risque d'invalidité, etc...) (cf. § 1.31 ci-dessus),
- du nombre de personnels médicaux et infirmiers par lit occupé,
- du parc des matériels techniques médicaux disponibles et de leur qualité,

(1) - Citons en particulier le choix entre remplacement par un nouveau matériel ou grosses réparations, l'ajustement de la période d'amortissement avec l'obsolescence prévue du matériel, l'arbitrage du prix du capital amorti en fonction de la période d'amortissement, etc...

(2) - S.C.N., O.N.U, chapitre IV, p. 55.

- des techniques médicales utilisées, c'est-à-dire des processus de diagnostic et traitement qui sont eux-mêmes liés aux points précédents, mais aussi aux coutumes, voire aux doctrines, du corps médical variables d'un pays à l'autre et même d'un hôpital à l'autre (1).

Les chiffres du tableau 4 n'ont, comme précédemment, que valeur indicative mais ils illustrent au moins partiellement ces relations entre coût, personnel par malade et volume des soins, appréciés ici par les seuls actes médicaux et la consommation pharmaceutique.

De façon générale on peut admettre qu'à durée de séjour voisine (cf. § C4), la liaison entre le coût de la journée et ces éléments peut se résumer ainsi : plus il existe de facteurs de production disponibles pour les soins et plus le processus de diagnostics et de soins est technique, plus le coût de la journée est élevé.

B2 - Le volume des services d'hébergement. Celui-ci, comparable dans ses grandes lignes à l'hôtellerie, comprend l'alimentation, le couchage, éventuellement des services annexes (loisirs, téléphone, etc...).

Il est parfaitement clair que plus l'hébergement comporte de prestations diversifiées destinées à rendre confortable le séjour du malade, plus le coût de la journée est élevé. Trois points sont particulièrement importants qui peuvent expliquer une partie des écarts de coûts :

- la quantité et la qualité de la nourriture,
- l'hébergement en salle commune, en chambre de quelques lits ou en chambre individuelle,
- la disposition de services de loisirs (radio, télévision...).

La nature, donc le volume, de ces prestations peuvent varier très largement d'un établissement à l'autre, d'un secteur hospitalier à l'autre. On notera par exemple que jusqu'à une période très récente dans le système hospitalier français, les services de maternité des hôpitaux publics étaient en général moins confortables au niveau de l'hôtellerie que ceux de leurs concurrents du secteur privé qui mettent à la disposition de leurs clientes des chambres de deux à quatre lits et souvent des chambres individuelles avec radio ou télévision.

(1) - Il est à remarquer par exemple que la grande majorité des accouchements sont effectués à domicile aux Pays-Bas alors qu'ils ont lieu en hôpital ou en clinique dans les autres pays de la C.E.E. Plus généralement, les processus médicaux peuvent varier d'un pays à l'autre en fonction de la répartition entre soins ambulatoires et à domicile et soins hospitaliers, répartition qui ne se fait pas seulement sur la base de critères techniques mais aussi en fonction de traditions médicales et de données sociologiques propres à chaque pays.

Tableau 4

Comparaison des coûts, coefficient de personnel et durée de séjour des services de chirurgies générale et spécialisées de l'Assistance Publique de Paris

F.F.

| 1 9 6 7 | Chirurgie Générale | | | Neuro-chirurgie (moyenne des services) | Chirurgie pleuro-pulmonaire (moyenne des services) | Cardio-vasculaire (moyenne des services) |
|---|--------------------|-----------|-----------|---|---|---|
| | Service A | Service B | Service C | | | |
| Durée moyenne de séjour (1) | 16,21 | 15,72 | 16,41 | 18,24 | 17,94 | 24,60 |
| Journée de personnel par jour d'hospitalisation : | | | | | | |
| . Personnel diplômé (2) | 0,178 | 0,177 | 0,198 | 0,251 | 0,334 | 0,396 |
| . Personnel non-diplômé | 0,303 | 0,404 | 0,277 | 0,692 | 0,458 | 0,371 |
| Total | 0,481 | 0,581 | 0,475 | 0,943 | 0,792 | 0,767 |
| Coût moyen de la journée : | 113,98 | 126,24 | 124,80 | 175,80 | 193,05 | 300,27 |
| dont : | | | | | | |
| . coût des actes médicaux techniques (3) | (21,3 %) | (24,5 %) | (26,3 %) | (32,9 %) | (28,6 %) | (34,1 %) |
| . coût des autres actes médicaux (4) | (2,5 %) | (3,7 %) | (2,8 %) | (1,6 %) | (1,4 %) | (1,8 %) |
| . coût de la pharmacie (5) .. | (6,7 %) | (7,6 %) | (6,7 %) | (6,2 %) | (7,9 %) | (5,6 %) |

- (1) - Cf. § C4 pour les relations entre le coût par journée et la durée de séjour.
 (2) - Personnel infirmier à l'exclusion des médecins.
 (3) - Actes de chirurgie et spécialité, radiologies, analyses, transfusions sanguines.
 (4) - Consultations, actes de masseurs kinésithérapeutes, rééducation, traitements divers.
 (5) - Pharmacie, pansements, prothèses, petits matériels médicaux, etc...

Source : Assistance Publique à Paris - Prix de revient. Année 1967.

C - Le fonctionnement des établissements : On ne rentrera pas ici dans le détail des problèmes de la gestion des hôpitaux. On se limitera seulement aux quatre facteurs essentiels qui peuvent entraîner des différences sensibles entre les coûts de journée : la spécialité de l'hôpital, la taille de l'hôpital, le coefficient d'occupation et la durée de séjour.

C1 - La spécialité des hôpitaux est le plus souvent dictée par des éléments extérieurs à l'établissement lui-même ; ce sont la tutelle des pouvoirs publics et la structure qualitative et régionale des hôpitaux (cf. § 1.3 ci-dessus).

Or, la combinaison des facteurs de production (personnels, bâtiments, matériels...) est différente selon qu'il s'agit d'un hôpital général traitant toutes les affections sans exclusive ou d'un établissement spécialisé, psychiatrique par exemple. Ceci entraîne évidemment des structures diverses de dépenses se traduisant par des niveaux de coûts de journée différents.

Les critères très variés selon lesquels les spécialités peuvent être définies dans les différents systèmes hospitaliers européens ne permettent pas de comparaisons termes à termes.

Ainsi, même les hôpitaux généraux connaissent dans tous les pays des degrés variables de "généralité", en ce sens qu'ils ne sont pas tous aptes à soigner tous toutes les maladies. Par exemple, les hôpitaux universitaires C.H.R. français comportent presque tous l'éventail de tous les services nécessaires aux traitements de toute la pathologie, par contre les hôpitaux généraux ruraux (H.R.) ne comprennent souvent que des services de médecine générale, de chirurgie générale et de maternité, mais sans équipements ni personnels très spécialisés pour les affections graves de longue durée. Dans un autre sens, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne semblent avoir un éventail d'établissements hospitaliers plus grand (généraux, pédiatriques, ophtalmologiques, orthopédiques, cancéreux, psychiatriques, antituberculeux...) que ceux rencontrés dans les autres pays européens (généraux, psychiatriques, antituberculeux et maternité) (1).

(1) - On notera que dans les pays ayant des cliniques à but lucratif (France), celles-ci sont souvent spécialisées, notamment en maternité et chirurgie générale courante.

C'est dire en définitive que selon le découpage des hôpitaux en spécialité, le coût par journée peut varier en fonction du caractère spécifique de l'établissement lié souvent aux réglementations et découpages administratifs. Les données disponibles ne permettent pas de saisir précisément le sens de ces variations. Toutefois, ainsi que le suggère l'exemple particulier du tableau 5, on peut penser que, pour un malade donné, plus l'établissement est spécialisé, plus il dispose de personnels et de matériels techniques propres à cette spécialité permettant de produire un volume de soins importants entraînant par là même un coût de journée élevé relativement à celui d'un service comparable d'un hôpital général.

Tableau 5

Coût par journée et valeur moyenne des actes techniques par jour dans un centre anticancéreux et un hôpital général universitaire

F.F.

| 1 9 6 7 | Centres anti-cancéreux de l'Institut Gustave Roussy | | Services de cancérologie du C.H.U. de l'A.P. de Paris | | |
|--|---|---------------|---|--------------|---------------|
| | A | B | C | D | E |
| - Coût par journée | <u>216,15</u> | <u>137,53</u> | <u>119,85</u> | <u>87,64</u> | <u>108,73</u> |
| - Valeur moyenne journalière des actes effectués | <u>24,60</u> | <u>13,67</u> | <u>13,50</u> | <u>6,57</u> | <u>14,31</u> |
| . Actes de chirurgie et spécialité | 7,01 | 1,50 | 2,09 | 0,38 | 2,28 |
| . Actes de radiologie | 8,54 | 7,66 | 6,36 | 4,10 | 9,03 |
| . Analyses de laboratoire ... | 9,05 | 4,51 | 5,05 | 2,09 | 3,00 |

Sources : Institut Gustave Roussy, Activité 1970, fascicule A
Assistance Publique de Paris, Prix de revient, Année 1967.

C2 - L'influence de la taille des établissements sur le coût de la journée est très controversée.

Pour les uns, les économies d'échelle entraînées par la croissance du nombre de lits permettrait, toutes choses égales par ailleurs, de diminuer le coût de la journée, jusqu'à une taille optimale d'établissement de l'ordre de 600 à 800 lits. Au-delà, les difficultés de gestion, les problèmes posés par l'organisation rationnelle des processus de soins (files d'attentes...), les gaspillages de ressources, etc... auraient pour conséquences des rendements décroissants et une augmentation du coût de la journée.

En sens inverse, certains avancent que, pour un taux d'occupation supérieur à 50 %, ce qui est le cas de presque tous les hôpitaux des pays de la Communauté, les dépenses sont proportionnelles à l'activité et que le coût des soins serait "indépendant de la taille de l'établissement ou du service hospitalier" (1).

Il paraît difficile de trancher catégoriquement entre ces deux opinions en raison des disparités existant entre les tailles d'hôpitaux dans les sept pays étudiés. Ainsi que le montre le tableau 6, les tailles moyennes des hôpitaux généraux publics variaient en 1969-1970 de l'ordre de 126 lits au Luxembourg à 367 lits aux Pays-Bas et celles des psychiatriques de 500 lits en Grande-Bretagne à environ 1 000 lits en Italie. D'autre part, les nombres moyens de lits pour les hôpitaux universitaires et les autres hôpitaux généraux laissent penser que la dispersion autour de ces moyennes est très différente d'un pays de la C.E.E. à l'autre.

Tableau 6

Capacité moyenne des établissements publics

| | Nombre de lits | | | | | | |
|---------------------|------------------|----------------|-----------------------------|----------------|-------------------------|----------------------|----------------|
| | Belgique 1969 | France 1970 | Grande- Bretagne 1970 | Italie 1969 | Luxem- bourg 1970 | Pays- Bas 1970 | R.F.A. 1969 |
| - Généraux | 156 | 282 | 133 | 295 | 126 | 367 | 249 |
| . Universitaires. | nd | 3 589 | 224 | nd | - | 943 | nd |
| . Autres généraux | nd | 180 | 126 | nd | 126 | 298 | nd |
| - Psychiatriques .. | nd | 915 | 511 | 1 009 | 671 | 635 | 947 |

Source : Tableau A2 de l'Annexe

Enfin, il serait hasardeux d'extrapoler au niveau européen les conclusions déjà anciennes de l'exemple français dans la mesure où l'effet de taille sur les coûts par journée n'est certainement pas indépendant d'autres facteurs. En particulier, le fait que les établissements généraux les plus importants soient en même temps des hôpitaux universitaires entraîne des dépenses d'enseignement et de recherche qui, toutes choses égales par ailleurs, renchérissent au moins partiellement le coût de la journée, d'autres éléments pouvant au contraire entraîner des économies d'échelle jouant dans le sens d'une diminution du coût, notamment au niveau des frais fixes.

(1) - [32]

On ne saurait donc porter une appréciation très précise sur l'influence de la taille sur les coûts par journée tant qu'une analyse minutieuse de ce facteur à partir d'échantillons représentatifs n'aura pas été entreprise dans chacun des pays.

- C3 - Le coefficient d'occupation (1) est en relation directe avec le coût de la journée. En effet, pour un hôpital fonctionnant à 100 % de sa capacité en lits, en équipement et en personnel, les différents coûts seront rapportés au nombre maximum de journées que l'hôpital peut produire. Mais si pour diverses raisons (contraintes de services publics, manque de confort, mauvaise localisation...) le coefficient d'occupation est inférieur à 100 %, les coûts fixes, notamment les dépenses d'administration et l'amortissement du matériel, se trouveront divisés par un nombre plus faible de journées renchérissant d'autant le coût de la journée par rapport à la situation précédente.

En première approximation, il ne semble pas que les coefficients d'occupation diffèrent sensiblement dans le secteur public d'un pays à l'autre de la C.E.E. (2) : ils varient de 77 % à 86 % pour les établissements généraux et avoisinent 100 % pour les psychiatriques. Par contre, ils sont plus dispersés pour les établissements du secteur privé (54 % en Italie, 84 % en France, 91 % aux Pays-Bas).

A l'exemple près des hôpitaux privés italiens, les coefficients d'occupation oscillaient donc en 1969-1970 entre 80 % et 90 % dans les différents pays de la C.E.E. Il paraît légitime d'estimer en première approximation que ces différences relativement faibles n'expliquent que très peu des variations observées au niveau des coûts par journée.

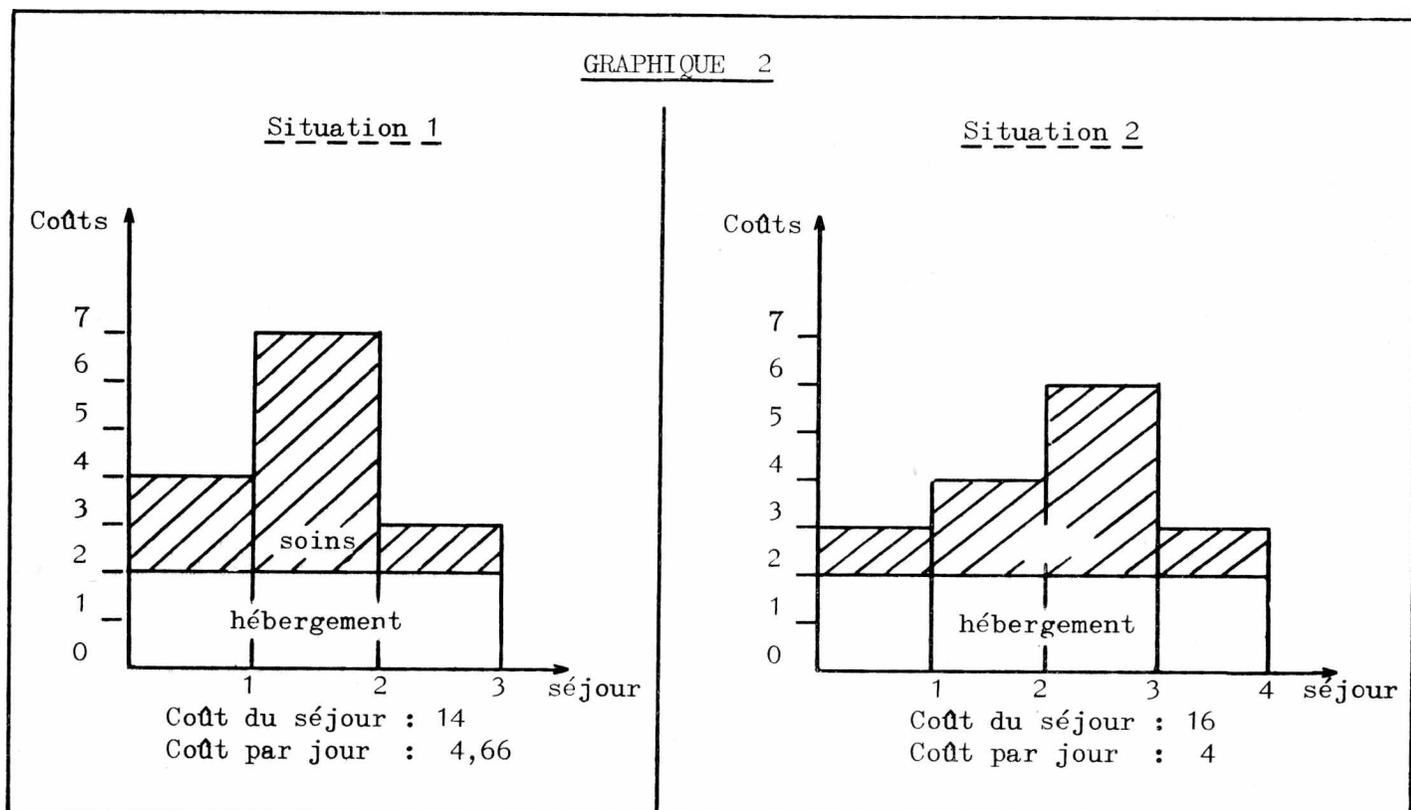
- C4 - La durée moyenne de séjour a des conséquences très importantes sur le coût de la journée.

En effet, à supposer que la valeur totale des soins pour une maladie déterminée soit donnée ainsi que les dépenses par jour des services d'hébergement, le coût de la journée varie en sens inverse de la durée de séjour : plus celle-ci est courte, plus le coût de la journée est élevé.

(1) - Coefficient d'occupation : (nombre de journées produites) / (nombre de lits disponibles × 365).

(2) - Cf. tableau A2 de l' Annexe.

Ainsi que le résume très schématiquement le graphique 2 le raccourcissement du séjour (situation 1) entraîne une répartition de la valeur globale des soins (8 unités) sur un nombre de jours plus petit, donc un accroissement de la valeur des soins par journée, alors que le coût journalier de l'hébergement (2 unités) ne varie pas.



Toutefois on notera que le coût global du séjour est plus élevé dans la situation 2 du fait que si la valeur totale des soins est identique (8 unités) le coût total de l'hôtellerie est plus important (8 unités contre 6).

Comme le montre le tableau 7, il n'y a pas d'écart très important de durées de séjour dans les hôpitaux généraux publics de la C.E.E. Elle varie entre 14 et 18 jours sauf pour les Pays-Bas où elle atteignait près de 21 jours en 1967. En ce qui concerne les cliniques générales privées, on constate (cf. Annexe), au moins pour la France, l'Italie et les Pays-Bas que les durées de séjour sont en moyenne plus courtes de l'ordre de 1 à 3 jours, sauf en R.F.A. où elle sont voisines de celles du secteur public.

Tableau 7
Durées moyennes de séjour

| | Jours | | | | | | |
|---------------------|------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-------------------------|---|---------------------------------------|
| | Belgique 1968 | France (secteur public) 1970 | Grande- Bretagne - NHS - 1970 | Italie (secteur public) 1969 | Luxem- bourg 1970 | Pays-Bas (secteur public) 1967 | R.F.A. (secteur public) 1969 |
| Hôpitaux Généraux.. | nd | 17,3 | 14,4 | 14,0 | 14,7 | 21,3 | 18,3 |
| dont : . Médecine.. | 17,9 | 20,2 | 15,2 | nd | nd | | nd |
| . Chirurgie.. | 11,3 | 12,7 | 9,4 | nd | nd | | nd |
| . Maternité.. | 8,9 | 7,9 | 7,4 | nd | nd | | nd |
| Psychiatriques | nd | 252* | 305 | 175 | nd | nd | 238 |
| Antituberculeux ... | nd | 234* | nd | 124 | nd | 289 | 114 |
| * 1969 | | | | | | | |

Source : Tableau A2 de l'Annexe - Le coût de l'hospitalisation dans la Sécurité Sociale - C. MICHEL, C.E.E.

Pour les autres catégories d'établissements, l'hétérogénéité des spécialités et le défaut d'information ne permettent pas de faire de telles comparaisons, tout au plus les statistiques disponibles indiquent-elles des variations de l'ordre de 1 à 1,7 pour les hôpitaux psychiatriques et de 1 à 2,5 pour les antituberculeux.

Ceci amène à conclure que l'influence de la durée de séjour sur les coûts journaliers est sans doute du même ordre dans les hôpitaux généraux du secteur public : elle n'expliquerait donc qu'une faible partie des différences de coûts observés entre les pays de la Communauté. Par contre, dans le secteur privé ainsi que pour les établissements spécialisés, les écarts entre les durées de séjour d'un pays à l'autre sont semble-t-il assez importants pour justifier au moins partiellement les différences de coûts journaliers sans que l'information disponible permette d'en apprécier le poids exact.

En conclusion, les éléments qui paraissent devoir expliquer l'essentiel des différences entre les coûts journaliers de l'hospitalisation dans les pays de la C.E.E. se localisent aux trois niveaux suivants :

- a) les prix des facteurs de production parmi lesquels les systèmes de rémunération des médecins et les échelles de salaire des personnels auxiliaires et hôteliers jouent certainement un rôle prédominant par rapport aux prix des produits alimentaires, des médicaments et des matériels médicaux.
- b) les volumes de soins et de services hôteliers. Le volume des soins dépend lui-même du malade et de la maladie traités, du nombre et de la qualité des personnels médicaux et infirmiers par lit ainsi que des équipements techniques utilisés. Il est certainement responsable d'une grande partie des écarts de coûts entre les hôpitaux universitaires - qui ont les coûts par jour les plus élevés dans tous les pays de la C.E.E. - et les autres hôpitaux généraux. De même il explique partiellement, en particulier pour la France, les différences observées entre les coûts des établissements publics et ceux des cliniques privées lucratives, ces dernières se limitant le plus souvent à des soins de médecine, de chirurgie courante et de maternité n'exigeant pas le recours à des techniques très élaborées, lourdes et intensives.

Le volume des services d'hébergement peut varier considérablement d'un établissement à l'autre en fonction du confort offert aux hospitalisés, notamment selon que ceux-ci disposent d'une chambre individuelle ou sont hébergés en salle commune. Les informations disponibles ne permettent pas d'apprécier l'influence qu'exerce ce facteur sur les écarts de coûts entre les hôpitaux à l'intérieur de la C.E.E.

- c) la structure et le fonctionnement du système hospitalier sont variables d'un pays à l'autre. Les deux éléments importants semble-t-il au niveau des coûts sont le classement des hôpitaux par spécialité et les durées de séjour. En Belgique, en France, en Italie et au Luxembourg, les établissements sont classés en "généraux", "psychiatriques" et "antituberculeux", avec une prépondérance des hôpitaux généraux eux-mêmes subdivisés selon leur degré de technicité et leur aptitude à traiter toutes les maladies. A l'inverse, en Allemagne, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas on distingue d'une part les hôpitaux généraux, d'autre part et d'une façon différente d'un pays à l'autre les établissements spécialisés, ceux-ci ne traitant qu'une catégorie précise d'affectations. Pour les raisons données précédemment (cf. § 1.32 - C) ces différences dans l'organisation des systèmes hospitaliers peut expliquer une part non négligeable des écarts de coûts d'un pays à l'autre et leur manque d'homogénéité rend les comparaisons internationales en domaine difficiles.

Il en est de même pour les durées de séjour : les disparités entre les systèmes hospitaliers européens ne permettent pas de les comparer avec précision, et par conséquent d'apprécier leur influence sur les coûts journaliers dans chaque pays. Tout au plus peut-on estimer qu'elle n'introduit pas de grandes différences de coûts pour les hôpitaux généraux du secteur public, mais l'hétérogénéité des établissements spécialisés et de ceux du secteur privé, n'autorise pas à porter, ne serait-ce qu'un jugement global sur les liaisons existant entre la durée de séjour et le coût par jour.

Il est enfin évident que l'ensemble de ces facteurs :

- d'une part sont interdépendants : ainsi les prix des facteurs de production dictent pour partie le volume des soins produits, le nombre d'infirmières par lit influe sur la durée de séjour, etc...
- d'autre part peuvent jouer en sens contraire sur la valeur du coût journalier de l'hospitalisation : par exemple une haute technicité des soins marquée par une forte densité de personnels soignants et de matériels par malade entraîne en général un coût élevé, mais elle peut par ailleurs provoquer, pour des raisons médicales et techniques, un allongement de la durée de séjour qui diminue le coût journalier.

De telles interférences sont nombreuses et complexes dans le domaine des soins hospitaliers. Compte tenu des facteurs de production disponibles, chaque système hospitalier, chaque hôpital, s'efforce de fournir la meilleure qualité de soins tout en minimisant ses dépenses. Mais l'optimum ainsi recherché dépend des données propres à chaque système (répartition des hôpitaux par spécialité et par région, nombre et qualité des personnels médicaux et auxiliaires...) ainsi que de la possibilité d'agir sur certaines variables, soit au niveau global (choix entre soins hospitaliers et soins ambulatoires et à domicile, prix et salaires...), soit à l'échelon de chaque établissement (gestion, investissements...). Chacun des pays de la Communauté a apporté à ces problèmes des solutions propres qui tiennent compte tout autant de facteurs historiques que des choix faits en matière de politique sanitaire, elle-même en perpétuelle évolution.

Au niveau des dépenses hospitalières cela se traduit, à l'exception peut-être des hôpitaux généraux publics, par un très large éventail de coûts par jour qui recouvrent des situations difficilement comparables à travers des statistiques globales.

SECTION 2 - LE PASSAGE DES COÛTS AUX PRIX DE REVIENT PAR JOURNÉE

La seconde étape qui, partant du coût, permet de calculer les prix qui seront facturés est la détermination des prix de revient. Celle-ci peut comprendre deux phases : l'une concernant la prise en compte des produits annexes, l'autre l'affectation des prix de revient par hôpital ou par service hospitalier.

2.1 - Le calcul des prix de revient

A l'occasion de la fourniture des soins hospitaliers, les hôpitaux produisent ou disposent de certains biens et services annexes : emballages, déchets, produits pharmaceutiques, service d'ambulances, etc... Ceux-ci peuvent être cédés à l'extérieur : à d'autres hôpitaux pour les médicaments (1), à des entreprises de récupération pour les déchets, etc... Les ressources ainsi dégagées viennent donc en déduction des dépenses supportées pour la production des soins.

De même, les recettes correspondant à des productions effectuées les années antérieures encaissées avec retard sont à déduire des dépenses de l'année en cours. A l'inverse, dans la mesure où l'hôpital doit couvrir par ses propres ressources l'ensemble de ses dépenses courantes, les déficits éventuels des exercices antérieurs viennent s'ajouter aux coûts prévus pour la production à venir.

Le passage des coûts par jour aux prix de revient se résume ainsi :

PRIX DE REVIENT PAR JOUR = coût par jour - recettes annexes ± solde des pertes et profits sur exercices antérieurs

Les ressources tirées de ces diverses cessions et le solde des pertes et profits ne représentent en général qu'une faible partie des dépenses hospitalières. D'après les exemples du tableau 1, et compte tenu des réserves faites sur leur représentativité, ces divers postes auraient représenté moins de 1 % du total des coûts en Italie en 1967, entre 3 % et 5 % en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas en 1969, environ 10 % pour les hôpitaux généraux et 1 % pour les établissements psychiatriques en France en 1968. Le cas de l'Allemagne Fédérale (tout au moins dans la région de Nord-Rhin - Westphalie) où ces recettes atteignaient 13 % pour les hôpitaux psychiatriques, 23 % pour les établissements généraux non universitaires et 32 % pour les universitaires, s'explique par le fait que sont décomptés en produits annexes non seulement les diverses ventes citées plus haut, mais aussi les suppléments pour chambre à un lit payés directement par les malades (cf. ci-dessous Section 3).

(1) - On notera par exemple qu'en 1966 les cessions de produits pharmaceutiques de la Pharmacie Centrale de l'Assistance Publique de Paris à d'autres établissements représentaient 5 % du total de ces recettes et 6 % de ces ventes de médicaments.

Cet exemple montre que si, le plus souvent, les productions annexes venant en déduction des coûts des soins sont peu importantes, encore faut-il s'assurer qu'elles recouvrent des définitions comparables faute de quoi les prix de revient calculés dans chaque pays, pour chaque hôpital, n'ont pas la même signification.

2.2 - L'affectation des prix de revient

Dans aucun des sept pays européens étudiés, les éléments servant de base de calcul aux prix de revient ne sont décomptés qu'au cas par cas, malade par malade. Il s'agit le plus souvent des prix de revient moyens annuels évalués par la division des dépenses nettes estimées pour l'année à venir par le nombre de journées prévues fournies durant cette même période.

En second lieu, les prix de revient, donc les prix de journée qui en découlent (cf. Section 3), peuvent s'appliquer à des champs différents selon les pays. Ainsi sont-ils calculés par service (médecine, chirurgie...) pour chaque hôpital en France et en Belgique (C'1, C'2... du graphique 1), dans les autres pays ils le sont par établissement (C' du graphique 1). De plus, dans certains hôpitaux publics français, les prix de revient par service donnent lieu avant toute négociation avec l'administration, à des péréquations destinées à faire supporter par les services ayant une fréquentation relativement forte et les prix de revient les plus bas (notamment médecine générale et chirurgie courante) une partie des charges imputables aux services très spécialisés à faible fréquentation et à coûts élevés (rein artificiel, chirurgie cardio-vasculaire...). De telles péréquations, faites par chaque établissement en fonction de leur propre situation, ont pour objectifs de rétrécir les écarts, voire de ralentir le rythme d'augmentation, des prix de journée entre les services d'un même établissement et de placer ainsi les hôpitaux dans une meilleure position dans les négociations avec les pouvoirs publics lors de l'établissement des prix de journée définitifs (cf. Section 3 ci-dessous) (1).

Il est facile de comprendre que les prix de revient ainsi obtenus n'ont pas la même signification et sont très difficilement comparables d'un pays à l'autre : alors que dans le premier cas le prix de revient correspond à celui d'une unité de production, le service hospitalier, et peut donc varier très largement à l'intérieur d'un même hôpital en fonction de la nature des différents services, dans le second cas le prix de revient de l'établissement est en fait la moyenne implicite de ceux de chacun des services de l'hôpital.

(1) - En abaissant ainsi les prix de revient, donc les prix de journée pratiqués, des services chers les compensations permettent aux personnes non assurées payant elles-mêmes les soins d'accéder plus facilement à la médecine hospitalière de haute technicité en diminuant au moins partiellement les effets "d'exclusion" par les prix.

A supposer que l'on puisse considérer toutes choses égales par ailleurs, de tels biais faussent considérablement les tentatives de comparaisons de prix de revient par journée entre la France et la Belgique d'une part, et les autres pays de la C.E.E. d'autre part.

SECTION 3 - LA DETERMINATION DES PRIX REELLEMENT PRATIQUES

Dans les sept pays européens étudiés ici, sauf la Grande-Bretagne, la détermination des prix de revient n'est en fait que la première étape du calcul des prix de journée. La seconde étape, de type administrative, permet de fixer les prix de journée et les autres prix des soins hospitaliers après une série d'opérations et de négociations entre les hôpitaux et les pouvoirs publics suivant dans chaque pays des procédures particulières. Il y a là une source de disparités entre les prix de journée observés au moins aussi grandes que celles qui ont été décrites dans les deux sections précédentes.

- 3.1 - Notons en premier lieu que dans la situation la plus simple, celle des hôpitaux anglais du N.H.S., les dépenses des hôpitaux sont à près de 100 % prises en charge par les budgets publics (Etat et collectivités locales), les ménages ne payant qu'une infime partie du service correspondant pour l'essentiel au supplément pour chambre à un lit ou deux lits. Il n'y a donc pas de prix de journée au sens strict donnant lieu à paiement par le malade ou un organisme d'assurance public ou privé, mais seulement un budget de fonctionnement à partir duquel on peut déduire les prix de revient moyens implicites soit par journée soit par séjour et utilisés comme moyen de gestion mais non comme instrument de tarification. En résumé les prix de revient ainsi dégagés sont ceux du Cas I du graphique 1 : ils sont des "prix" tout compris payés presque exclusivement par les pouvoirs publics sous forme de subventions.
- 3.2 - Dans les six autres pays étudiés les procédures de fixation des prix de journée sont infiniment plus complexes. Les prix effectivement pratiqués dépendent alors non seulement des niveaux de prix de revient mais aussi de deux autres éléments : les différents régimes de prix selon les types de prestations hospitalières et la tutelle des pouvoirs publics sur l'investissement et les prix hospitaliers.
- 3.21 - Dans la pratique le prix de journée payé par le malade ou les organismes d'assurance est un concept parfois différent de celui du coût ou du prix de revient de la journée utilisé dans les sections précédentes. Alors que le coût englobe toutes les prestations fournies aux malades hospitalisés le prix de journée peut ne recouvrir que certaines d'entre elles. Plusieurs cas peuvent se présenter :
- A - Remarquons tout d'abord que dans les sept pays il existe hors du prix de journée proprement dit des suppléments pour chambre à un ou deux lits. Ils sont justifiés par le confort hôtelier supérieur (radio, téléphone...) apporté aux malades par rapport aux

hospitalisés du régime commun (chambre à 4, 5 lits, salle commune). Ils sont en général réglementés, au moins pour les hôpitaux des secteurs public et privé non lucratif (Belgique, France, Grande-Bretagne, Pays-Bas, et R.F.A.), mais non pour les cliniques privées lucratives. Lorsque l'hébergement en chambre individuelle ou à 2 lits est demandé pour convenances personnelles le supplément est toujours payé par le malade. Par contre lorsqu'il est justifié par des raisons médicales il est parfois pris en charge au moins partiellement par les organismes d'assurance (France) ou parfois ne donne pas lieu à un supplément particulier (Belgique).

B - En ce qui concerne les soins et l'hébergement courant on rencontre quatre grands types de tarifications.

B1 - Le premier, et le plus simple, est celui du "prix de journée tout compris" (cas I du graphique 1). Il inclut aussi bien les prestations hôtelières (sauf les suppléments pour chambre individuelle) que les produits pharmaceutiques, les soins de médecins et d'auxiliaires. Il est fixé de telle façon qu'à l'exception des recettes annexes (cf. § 21) il est la seule ressource dont dispose l'hôpital pour couvrir ses dépenses. Ce système se rencontre en France et au Luxembourg dans les hôpitaux psychiatriques et antituberculeux publics ainsi que dans la majeure partie des établissements hospitaliers aux Pays-Bas.

B2 - La seconde modalité (cas II du graphique 1), assez voisine de la précédente, pourrait être qualifiée de "prix de journée tout compris subventionné". Dans cette situation le prix de journée tarifé au malade ou aux organismes d'assurance comprend l'ensemble des dépenses d'hospitalisation à l'exception de certaines d'entre elles qui sont totalement ou partiellement couvertes par subvention de l'Etat, des collectivités locales ou de fondations privées. Tantôt d'exploitation tantôt d'équilibre, ces subventions sont justifiées et affectées de façon très variable selon les pays et les hôpitaux :

- subventions destinées à couvrir une part des charges d'enseignement et de recherche dans certains hôpitaux publics ou privés non lucratifs en France,
- subventions justifiées par une insuffisance des charges d'amortissement dans le prix de journée (cf. § 3.22 ci-dessous) dans les hôpitaux publics en Allemagne Fédérale,
- subventions d'équilibre général en Italie,
- subventions implicites destinées à couvrir au moins en partie l'entretien des religieuses au Luxembourg.

Selon l'importance et la régularité de ces subventions les prix de journée pratiqués ne couvrent donc qu'une proportion variable des coûts. Il n'existe en général aucune règle précise d'attributions de ces subventions qui sont versées en fonction de la situation financière de chaque établissement.

Il en résulte que selon la part que les subventions représentent dans les recettes des hôpitaux le prix de journée, seule partie visible au niveau de la tarification, sera plus ou moins représentatif des coûts réels de l'hospitalisation mais aussi plus ou moins comparable entre établissements et entre pays.

- B3 - Le troisième système de tarification fait appel à une distinction du "prix de journée" et des "honoraires médicaux" (cas III du graphique 1) éventuellement complétée par des subventions comme précédemment. Dans cette situation le prix de journée couvre toutes les prestations, à l'exception des soins de médecins et des dépenses qui sont en partie subventionnées. Il varie évidemment selon le volume et les prix des soins des infirmiers, des produits pharmaceutiques, du confort et de l'alimentation etc...

Les honoraires de médecins tarifés à part varient également en fonction de la nature des interventions mais aussi des modalités de fixation des prix des actes selon que ceux-ci sont effectués par des médecins hospitaliers plein temps ou des praticiens libéraux extérieurs à l'établissement (cf. § 1.32 ci-dessus).

Ce mode de tarification est appliqué :

- en France dans les hôpitaux généraux publics et la plupart des établissements privés,
- en Grande-Bretagne dans les cliniques privées,
- au Luxembourg dans la majeure partie des établissements généraux publics et privés,
- aux Pays-Bas dans certains hôpitaux généraux,
- en R.F.A. dans les établissements privés non lucratifs.

- B4 - A l'extrême (cas IV du graphique 1) le coût global est réparti en plusieurs prix ou tarifs : les honoraires de médecins ou de dentistes, les honoraires de sages-femmes ou de masseurs, le prix des produits pharmaceutiques, celui des prothèses et le prix de journée.

Dans cette hypothèse le prix de journée ne comprend plus que les frais des personnels infirmiers, des dépenses hôtelières, les amortissements et les frais de gestion, la partie la plus importante des dépenses de soins donnant lieu à des tarification indépendantes.

Cet éclatement en plusieurs prix du coût de la journée d'hospitalisation se rencontre :

- dans les hôpitaux généraux en Belgique (1),
- dans certaines cliniques privées lucratives en France.

Deux faits saillants ressortent de ce qui précède :

- a) la notion de prix de journée recouvre des réalités différentes selon l'étendue des coûts hospitaliers qu'il est censé couvrir. Du prix de journée au sens complet du terme qui inclut toutes les dépenses entraînées par l'hospitalisation, au prix de journée excluant la plus grande partie du coût des soins pour ne comprendre presque essentiellement que les dépenses hôtelières, il existe une grande variété de situations intermédiaires dépendant à la fois de la proportion des coûts qui sont subventionnés et de la part des dépenses de soins, notamment des honoraires médicaux, qui sont tarifés hors du prix de journée.
- b) ainsi que le résume le tableau 8 et à l'exception de la Belgique et du Luxembourg, aucun des cinq autres pays européens étudiés n'utilisent un système unique de tarification. En fonction des données historiques propres et des systèmes d'assurance sociale spécifiques chaque pays a recourt à des concepts particuliers de prix de journée selon qu'il s'agit d'établissements publics ou privés lucratifs, d'hôpitaux généraux ou spécialisés, et d'établissements universitaires ou ordinaires.

3.22 - La tutelle exercée par les pouvoirs publics (Etat, collectivités locales, Sécurité Sociale) sur l'investissement hospitalier et leur rôles dans les négociations lors de la fixation du niveau des prix des soins médicaux sont d'une importance capitale pour des prix de journée.

A - Les dépenses en capital se transmettent aux dépenses courantes, donc en principe aux prix de journée, à trois niveaux : l'amortissement, le gros entretien et les intérêts des emprunts. Selon les modalités de financement des investissements chacun de ces trois postes représente une part variable des coûts. Les sept pays européens retenus ici ont en ce domaine deux caractéristiques communes : la participation des pouvoirs publics au financement des investissements des hôpitaux publics et privés non lucratifs et l'insuffisance des amortissements retenus dans les prix de journée.

(1) - Sauf pour les hôpitaux universitaires où le prix de journée comprend également les petits soins, la surveillance médicale, et quelques médicaments courants (aspirine, calmants...)

Tableau 8

Résumé des différentes catégories de prix de journée selon les pays et les types d'hôpitaux

| | <u>CAS I</u> | <u>CAS II</u> | <u>CAS III</u> | <u>CAS IV</u> |
|-----------------|---|--|---|---|
| | PRIX DE JOURNEE "TOUT COMPRIS" | PRIX DE JOURNEE "TOUT COMPRIS" + Subventions | PRIX DE JOURNEE + Honoraires médicaux + Subventions éventuelles | PRIX DE JOURNEE + Honoraires médicaux + Honoraires de sages-femmes + Pharmacie |
| BELGIQUE | | | | - Ensemble des hôpitaux |
| FRANCE | - Hôpitaux psychiatriques publics - Hôpitaux antituberculeux publics | | - Hôpitaux généraux publics - Cliniques privées lucratives | |
| GRANDE-BRETAGNE | (coûts par journée tout compris des hôpitaux du N.H.S.) | | - Cliniques privées | |
| ITALIE | | - Ensemble des hôpitaux | | |
| LUXEMBOURG | | | - Ensemble des hôpitaux publics et privés | |
| PAYS-BAS | - Certains hôpitaux publics et privés | | - Certains hôpitaux publics et privés | |
| R.F.A. | | - Hôpitaux publics | - Hôpitaux privés | |

- En Belgique, les fonds publics représentent entre 50 % et 75 % du coût en capital par lit, selon le caractère juridique et technique de l'établissement. Les amortissements compris dans le prix de journée sont soumis à un maximum fixé par règlement. Ils ne suffisent parfois pas à assurer l'entretien et le remplacement des matériels, notamment pour les services les plus équipés.
- En France, l'Etat, les collectivités locales et la Sécurité Sociale subventionnent théoriquement environ 70 % des investissements planifiés et accordent dans certaines limites et à certaines conditions leur caution pour les emprunts du marché financier. Depuis la loi du 3 Décembre 1970, le recours aux emprunts du marché financier est désormais possible mais seulement à titre exceptionnel. Les amortissements et gros entretiens sont, dans le secteur public, soumis à une réglementation, mais d'une part celle-ci s'applique à des valeurs de patrimoine très rarement réévaluées, d'autre part les montants effectivement retenus dans les prix de journée sont souvent inférieurs à ceux qu'autorise la législation et par conséquent inférieurs à la dépréciation réelle des immobilisations.
- En Grande-Bretagne, les investissements et les amortissements (par le biais du coût de la journée) des établissements du N.H.S. sont à la charge exclusive des budgets de l'Etat et des autorités locales.
- En Italie, depuis l'application de la loi hospitalière de 1968, les investissements planifiés des hôpitaux publics et privés non lucratifs sont pris en charge par l'Etat et des collectivités régionales. Pour les autres investissements, les établissements ont, à certaines conditions, la possibilité d'emprunter sur le marché. Les amortissements sont soumis à un plafond calculé en pourcentage du prix de journée.
- Au Luxembourg, l'Etat subventionne en partie et en proportions variables les investissements autorisés des différents établissements de caractère public (hôpitaux d'Etat, communaux et de statut mixte). En l'absence d'une législation hospitalière, les amortissements ne sont pas soumis à réglementation, il semble toutefois que les modalités de fixation des prix de journée conduisent souvent à ne retenir dans deux-ci que des valeurs insuffisantes pour combler les amortissements économiques réels.
- Aux Pays-Bas, les pouvoirs publics financent en totalité les investissements des établissements publics et de certains établissements de statut mixte (religieux et publics). Par contre, pour les autres hôpitaux privés non lucratifs et à condition que les investissements aient été approuvés par les administrations publiques de tutelle, celles-ci limitent leur participation aux garanties des emprunts faits sur marché financier. Les amortissements sont réglementés tant en valeur qu'en proportion des prix de journée, mais les immobilisations financées par autofinancement n'étant pas prises en compte, il y a lieu de penser que ces amortissements sont en fait sous-estimés.

- En République Fédérale d'Allemagne, jusqu'à une date récente, l'Etat et les Länder finançaient partiellement les investissements hospitaliers par des subventions en capital représentant selon les cas des proportions très diverses des équipements. D'autre part, les modalités de calcul des amortissements fondés sur la valeur théorique du lit aboutissaient à ne retenir dans les prix de journée qu'une valeur très insuffisante par rapport aux dépréciations réelles contraignant par là-même les pouvoirs publics à verser aux hôpitaux des subventions d'exploitation compensatrices (cf. § 3.21 ci-dessus). Depuis la loi de 1972 applicable à partir de 1974, l'ensemble des investissements des hôpitaux publics et privés non lucratifs seront totalement financés par les budgets publics (Etat Fédéral et Länder), les prix de journée ne comprenant plus désormais de charge d'amortissement.

Enfin, dans les pays où il existe des cliniques privées lucratives, notamment en France, les investissements sont financés sans recours à l'aide publique. En ce qui concerne les amortissements, il semble que les niveaux auxquels sont fixés les prix de journée des établissements conventionnés entraînent parfois un sous-amortissement des équipements.

L'orientation générale des différents pays de la C.E.E. paraît néanmoins se faire dans le sens d'un accroissement de la part du financement public dans les dépenses d'investissement hospitalier. Ceci est à la fois le corollaire des politiques de planification et d'orientation des équipements sanitaires, tout autant qu'un moyen de diminuer artificiellement le niveau et le rythme d'augmentation des prix de journée dans la mesure où ceux-ci représentent une proportion importante et croissante des prestations médicales de Sécurité Sociale.

Toutefois, l'hétérogénéité des modalités de financement des équipements et d'amortissement au sein même de chacun des sept pays étudiés et a fortiori des sept pays, se traduit au niveau des prix de journée par des disparités que le manque de statistique exhaustive ne permet pas d'apprécier exactement, mais que les chiffres disponibles semblent indiquer.

Tableau 9

Part des amortissements et emprunts dans le prix de journée

| | Belgique | France* | Grande-Bretagne | Italie** | Luxembourg | Pays-Bas | RFA*** |
|-----------------------------|----------|---------|-----------------|----------|------------|----------|--------|
| | | 1968 | 1969 | 1967 | | 1969 | 1971 |
| Amortissements ... | nd | 4,5 | 6,5 | 4,0 | nd | 8,0 | 4,5 |
| Intérêts des emprunts | nd | 1,2 | nd | 5,0 | nd | 7,5 | 2,0 |

* Ensemble des hôpitaux publics

** Maximum réglementaire

*** Nord Rhin - Westphalie

B - Les procédures de fixation des prix de journée s'appuient toutes sur la base du coût de la journée mais celui-ci est entendu différemment selon la définition plus ou moins large donnée aux prix de journée (cf. § 3.21 - B ci-dessus). Elles mettent toujours en cause l'hôpital et une au moins des trois administrations publiques que sont l'Etat, les collectivités locales et la Sécurité Sociale.

- En Belgique, depuis la loi de 1964, les prix de journée par service sont fixés chaque année par arrêté pour tous les établissements publics et privés. Des majorations peuvent néanmoins être accordées par le Ministère de la Santé dans le cas où l'hôpital justifie de prix de revient supérieur au prix commun. Ces tarifs sont obligatoires pour toute personne assurée ou non, hospitalisée en chambre de plus de deux lits.

- En France, les prix de journée des différents services des hôpitaux publics sont fixés à partir des prix de revient prévisionnels (1) pour l'année à venir. Ceux-ci sont proposés en début d'année par l'hôpital au préfet, représentant du gouvernement à l'échelon du département, qui ne les autorise que pour autant que leur rythme d'augmentation d'une année sur l'autre soit compatible avec la politique générale en matière de prix. Ainsi constate-t-on au cours des dix dernières années des périodes durant lesquelles l'augmentation des prix hospitaliers a été plus lente que celle des coûts et des périodes où les nécessités de rattraper les retards (c'est-à-dire de combler les déficits) ont entraîné des augmentations très fortes des prix, plus élevées que celles des coûts

(1) - Compte tenu des éventuelles péréquations qui ont été évoquées précédemment (cf. Section 2, § 2.2).

Les prix de journée des établissements privés lucratifs ou non suivent dans leur très grande majorité les procédures du conventionnement : ils sont déterminés cas par cas par négociation entre la clinique et les caisses d'assurance maladie de Sécurité Sociale. Ils s'imposent pour tous les assurés sociaux, c'est-à-dire plus de 95 % de la population depuis 1970. Leur fixation étant liée aux prix des services de l'hôpital public le plus proche, leur niveau et leur évolution sont plus ou moins dépendants des prix du secteur public.

- En Grande-Bretagne, l'absence de prix de journée stricto sensu pour les hôpitaux du N.H.S. ne signifie pas pour autant que les pouvoirs publics n'exercent pas un contrôle strict sur la gestion des établissements. Le financement des dépenses hospitalières directement par l'Etat et les autorités locales implique une tutelle étroite sur les composantes et l'évolution des coûts. Par contre, les prix pratiqués par un très petit nombre de cliniques privées lucratives sont totalement libres.
- En Italie, depuis la loi hospitalière de 1968, le prix de journée de chaque établissement public ou privé est déterminé après approbation des autorités locales, régionales ou provinciales. Ils s'imposent pour tous les malades assurés par l'Institut National d'assurance maladie.
- Au Luxembourg, le prix de journée de la troisième catégorie (chambre de plus de 2 lits) de chaque établissement public ou privé est fixé par accord avec l'assurance maladie, éventuellement par le Ministère de la Santé si un compromis ne peut être trouvé. Ces prix s'imposent pour tous les hospitalisés assurés sociaux, c'est-à-dire la presque totalité de la population.
- Aux Pays-Bas, les hôpitaux publics et privés négocient avec les caisses d'assurance maladie les prix de journée établis selon une convention type. Toutefois, depuis 1965, ces prix ne peuvent entrer en vigueur qu'après approbation de l'"Organe Central des Tarifs Hospitaliers". Celui-ci, composé de représentants des hôpitaux et des régimes d'assurance maladie ainsi que d'experts indépendants, détermine des normes de coûts et parfois fixe directement les prix à appliquer par l'hôpital. Toutefois, le Ministre de la Santé dispose du droit de veto, tant sur les barèmes que sur les dépassements accordés à certains établissements. Les prix ainsi fixés s'imposent pour les malades assurés sociaux ou non.
- En République Fédérale d'Allemagne, chaque Land fixe pour les différents hôpitaux public et privé des tarifs "plafonds" auxquels les prix de journée ne peuvent être supérieurs. Néanmoins, des dépassements sont quelquefois autorisés, notamment pour les hôpitaux généraux importants non universitaires. En pratique, les

prix sont fixés par négociation entre les assurances maladie et les hôpitaux (1), en cas de désaccord les prix sont déterminés par l'Office des prix des Bundesländer. Ils sont le plus souvent inférieurs, ou très voisins des prix plafonds, mais en général insuffisants pour couvrir les coûts. Les compressions ainsi apportées aux prix pour limiter les dépenses des caisses maladie se traduisent par la nécessité pour les Länder de verser aux hôpitaux des subventions d'exploitation complémentaires. Ces prix de journée s'imposent pour tous les hospitalisés assurés sociaux ou non.

3.3 - En résumé, les déterminations de prix de journée se situent dans des contextes assez semblables pour chacun des sept pays de la Communauté retenus dans cette étude.

- a) Les prix de journée sont toujours calculés à partir des coûts, ou plus exactement des prix de revient.
- b) Ils représentent dans tous les pays, y compris la Grande-Bretagne si l'on assimile le prix au coût de la journée, la ressource la plus importante pour financer les soins des malades hospitalisés.
- c) A quelques très rares exceptions, ce sont des prix "administrés", c'est-à-dire le plus souvent négociés avec les organismes d'assurance maladie et dans tous les cas soumis à une tutelle assez étroite de l'Etat ou des autorités locales.

Toutefois, des divergences apparaissent qui introduisent des divergences importantes dès lors que l'on désire comparer les niveaux et les évolutions de ces prix.

α/ En premier lieu, la dénomination de prix de journée ne se réfère pas à la même définition selon les types d'hôpitaux et selon les pays. Entre les quatre définitions les plus courantes, des variantes peuvent exister qui risquent de fausser toute tentative de comparaison si l'on ne s'est pas assuré que les prix observés recouvrent un champ identique de services fournis.

β/ Les différents pays sont tous confrontés à une augmentation rapide des consommations de soins hospitaliers. La plus grande partie de ces dépenses est couverte par des assurances collectives publiques ou para-publiques dont les budgets et par conséquent le financement ne peuvent échapper à la tutelle de l'Etat en raison de leurs répercussions sur la croissance économique et la répartition des revenus. Ceci entraîne à l'échelon

(1) - A partir de 1974, les prix ainsi négociés seront déterminés pour 9 classes d'hôpitaux sauf en Bavière et Bade-Wurtemberg où ils demeureront fixés hôpital par hôpital.

des prix hospitaliers une réglementation dont un des objectifs est de trouver un moyen terme entre la croissance estimée trop rapide des coûts hospitaliers et la limitation des dépenses des assurances maladie. On ne peut juger ici de l'efficacité de ces législations par rapport aux objectifs visés, mais il est peu douteux qu'elles provoquent des distorsions entre les prix des divers systèmes hospitaliers européens. En effet, l'arsenal des moyens disponibles pour freiner les augmentations de prix (prix "plafonds", subventions, restrictions des amortissements...) est utilisé en dosages différents selon les pays, selon les types d'hôpitaux, selon les périodes. Outre que cela retire aux prix de journée tout caractère d'instrument précis, tant pour la gestion que pour la décision et l'analyse économique, ces procédures obscurcissent les comparaisons puisque rien ne garantit que les prix ainsi fixés traduisent des volumes et des coûts comparables de services réellement fournis aux consommateurs.

SECTION 4 - CONCLUSIONS

Malgré leur caractère très imparfait du fait du manque de statistiques suffisamment représentatives et détaillées, les analyses précédentes permettent de faire ressortir les points suivants :

- Les structures de coûts ne paraissent pas diverger de façon très importante, tout au moins pour les hôpitaux publics et privés dans lesquels les médecins ont un statut salarié et non libéral. De 1968 à 1971, pour les hôpitaux publics de France, de Grande-Bretagne, d'Italie, des Pays-Bas et de R.F.A., les charges de personnels se représentaient entre 62 % et 70 % du coût journalier, les consommations intermédiaires entre 16 % et 25 %, les intérêts et amortissements entre 7 % et 15 %.
- Alors que les variations entre pays de prix de journée peuvent atteindre des écarts de 1 à 5 ou 6 pour des ensembles d'hôpitaux assez homogènes (parfois plus entre catégories d'établissements différents), il semble que les variations de coûts journaliers se situent dans des limites plus étroites, de l'ordre de 1 à 2 ou 1 à 3 compte tenu des réserves faites sur la comparabilité des données utilisées.

De telles constatations sont paradoxales si l'on ne tient pas compte des éléments médicaux, économiques et institutionnels qui caractérisent les productions de soins hospitaliers et à partir desquels les systèmes hospitaliers de chaque pays ont été modelés de façons différentes.

Parmi les facteurs médicaux, le plus important tient sans aucun doute aux différences de moyens techniques mis en oeuvre. Le volume des soins est en effet très dépendant du nombre et de la qualité des personnels, de la quantité et de la technicité des équipements disponibles, ainsi que des processus de soins qui varient selon les traditions médicales et la diffusion des innovations. Ainsi, en fonction des effectifs de médecins et d'infirmières, du parc d'appareils d'analyses ou de radiologie et de la façon dont sont organisés les processus de diagnostics et de traitements,

les combinaisons des facteurs de production seront différentes d'un système hospitalier à l'autre, d'un pays à l'autre. A supposer même que la valeur totale des soins hospitaliers soit égale dans tous les pays, ceci entraîne des niveaux de coûts unitaires différents car les processus de production ne sont pas identiques.

Les éléments économiques qui jouent sans doute un rôle de premier plan dans les différences observées sont principalement les prix et la gestion des hôpitaux. Il est trop évident que l'influence des niveaux et des taux d'augmentation des prix des facteurs de production (salaires, honoraires, produits alimentaires et pharmaceutiques, bâtiments, matériels médicaux, etc...) se fait sentir sur les coûts directement mais avec des amplitudes différentes dans le temps et selon les pays pour qu'il y ait lieu d'y insister. De même, la gestion hospitalière peut être à l'origine de disparités de coûts et de prix de journée selon les méthodes utilisées (gestion du patrimoine et des stocks, circuits d'approvisionnement, recours à l'informatique, etc...). Aucune donnée quantitative ou qualitative n'a permis d'estimer les divergences qui peuvent exister dans ces domaines entre les sept pays.

En dernier lieu, le cadre institutionnel dans lequel se place chacun des systèmes hospitaliers européens explique en grande partie les divergences observées entre les prix de journée. Trois séries de facteurs interviennent.

D'une part la répartition des établissements entre le secteur public et le secteur privé ainsi qu'entre les hôpitaux généraux et spécialisés est loin d'être comparable entre les pays. Ceci entraîne naturellement des structures et des niveaux de coûts et de prix différents par hôpital car les organisations de facteurs de production et les niveaux de tarifications ne peuvent de ce fait être homogènes.

D'autre part, certains pays (France, Belgique) pratiquent des coûts et des prix de journée par service hospitalier alors que les autres définissent des coûts et prix de journée par hôpital. Il y a là une différence d'échelle de mesure qui introduit des distorsions entre les deux groupes de pays.

Enfin, la tutelle souvent multiforme qu'exercent les pouvoirs publics sur la gestion hospitalière et les modalités de fixation de prix de journée est la source de différences importantes entre les sept pays. La préoccupation majeure étant de limiter l'impact de la croissance des dépenses médicales sur les budgets des assurances maladie, chaque pays recourt à divers moyens techniques, voire à des artifices comptables, qui lui sont propres. On trouve ainsi différents cas de figures selon les formules utilisées. En Grande-Bretagne, en l'absence de prix de journée stricto sensu, les soins hospitaliers sont directement financés sur la base des coûts. Aux Pays-Bas, les prix de journée reflètent à peu près fidèlement les coûts réellement supportés par les hôpitaux. Par contre, dans les cinq autres pays, les prix de journée sont en général et dans des proportions très variables, inférieurs aux prix de revient évalués d'après les comptes des établissements.

CHAPITRE II

REMARQUES ET PROPOSITIONS POUR LA DEFINITION D'INDICES DE PRIX HOSPITALIERS

APPLICABLES AUX "TEPAC"

La diversité des productions de soins hospitaliers due aux nombreux facteurs (maladies, sexe, âge, techniques médicales...) qui conditionnent ces consommations et la très grande hétérogénéité des systèmes de fixation de prix des soins médicaux dans les pays de la Communauté ne permettent pas d'évaluer les parités économiques de façon simple et directe à partir des données brutes des indices de prix existants.

Pour faire de telles comparaisons, les statistiques de prix doivent répondre à deux conditions :

- a) Les biens et les services dont les prix sont enregistrés doivent être significatifs de la consommation des ménages, c'est-à-dire représenter une part non négligeable de leurs acquisitions.
- b) Ces mêmes biens et services doivent, dans chaque pays, correspondre à des définitions physiques et qualitatives aussi voisines que possible de façon à assurer l'homogénéité des termes de la comparaison.

Ceci soulève dans le domaine des prix hospitaliers plusieurs séries de problèmes : les uns d'ordre méthodologique, les autres concernant la disponibilité et la structuration de l'information.

SECTION 1 - METHODES DE CALCUL ET DE COMPTABILITE NATIONALE

On rappellera ici brièvement les quelques aspects méthodologiques qu'il est nécessaire de clarifier avant de définir des indices de prix.

- 1.1 - Les parités économiques sont estimées sur la base d'indices de prix relatifs, les prix d'un pays étant choisis comme étalon de comparaison.

Soient :

- . des pays i, \dots, k , les pays i servant de base de comparaison
- . V = la valeur des consommations de soins hospitaliers
- . P = les prix des soins hospitaliers (le prix de journée tout compris)
- . U = le volume des soins.

on a :

$$V_i = P_i \times U_i, \dots, V_k = P_k \times U_k$$

Les parités économiques définies comme les rapports relatifs de prix peuvent être évaluées :

A/ Soit directement par : $P_{k/i} = \frac{P_k}{P_i}$

B/ Soit indirectement par : $P_{k/i} = \frac{V_k}{V_i} \times \frac{U_i}{U_k} = V_{k/i} \times \frac{1}{U_{k/i}}$

Les deux méthodes peuvent être utilisées conjointement à titre de cohérence si l'on dispose d'indicateurs de volume représentatifs (nombre de journées, nombre d'actes médicaux effectués en milieu hospitalier, etc...).

1.2 - L'évaluation des valeurs courantes de la consommation médicale des ménages et plus particulièrement de la consommation de soins hospitaliers est nécessaire pour :

- . l'élaboration des séries de consommations médicales en valeur à prix courants et à prix constants,
- . le calcul des parités économiques par la méthode indirecte B ci-dessus,
- . l'estimation des coefficients de pondération de chaque catégorie de biens et services composant les indices généraux de prix.

Il faut donc s'assurer que chacun des pays mis en cause par le calcul des TEPAC d'une part définit de façon identique le poste consommation de soins hospitaliers dans ses comptes nationaux, d'autre part comptabilise ces dépenses de façon homogène.

1.21 - La consommation de soins hospitaliers (1) doit comprendre tous les biens et services nécessaires à la fourniture de soins aux malades hospitalisés, c'est-à-dire :

- . les prestations de médecins, dentistes, auxiliaires,
- . les examens biologiques,
- . les produits pharmaceutiques,
- . les prestations hôtelières,

quel que soit le système de tarification et les séparations juridiques et comptables qui peuvent exister, notamment entre l'hôpital et les praticiens lorsque ceux-ci sont des médecins libéraux recevant des honoraires non compris dans le prix de journée (2).

Or, dans les tableaux français des comptes européens, les "soins hospitaliers" recouvrent tous les soins fournis par les hôpitaux publics, mais seulement une partie de ceux des cliniques privées correspondant aux recettes de prix de journée, à l'exception des honoraires de praticiens libéraux inclus dans le poste "honoraires de médecins, etc.". Il y a tout lieu de penser que pour les autres membres de la Communauté des distorsions de cette sorte existent dans les comptes, chaque pays définissant dans le détail le contenu des postes en fonction de son propre appareil statistique, introduisant ainsi des disparités d'amplitude variable entre les pays.

1.22 - En second lieu, les dépenses de soins médicaux correspondent certainement à une consommation finale des ménages. Toutefois, en comptabilité nationale, selon le système de production de ces services et surtout selon leur mode de financement, ils peuvent être considérés soit comme une partie de la "consommation finale marchande privée", soit comme une partie de la "consommation non-marchande publique". Chacun des pays de la C.E.E. interprète les règles fixées par le S.E.C. en ce domaine d'après sa propre législation sur le financement des soins médicaux :

- . la Grande-Bretagne et la République Fédérale d'Allemagne comprennent les dépenses sanitaires dans la consommation non-marchande publique,
- . les autres pays les incluent dans la consommation marchande privée.

(1) - Poste 7-B-b des tableaux de la consommation privée des comptes nationaux européens [7].

(2) - [33]

Une telle distinction est souvent arbitraire, néanmoins elle a des conséquences méthodologiques d'une certaine importance sur les indices de prix. En effet, les principes des comptes nationaux sont tels que :

- les consommations marchandes sont estimées en valeurs courantes aux prix du marché, les calculs de volumes et de parités économiques doivent être faits à partir d'indices de prix,
- les consommations non marchandes sont calculées en valeurs courantes aux coûts des facteurs, les volumes et parités économiques doivent donc être évalués à partir d'indices de coûts des facteurs.

Or, les analyses du chapitre I ont montré que dans le domaine hospitalier, les concepts de prix de journée et de coût de la journée sont parfois très proches, parfois très éloignés selon les pays, sans que pour autant ceux qui considèrent les consommations médicales comme privées aient des prix de journée définis de façon comparable et ceux qui incluent ces dépenses en consommation publique aient déterminé des indices de coûts de la journée selon les mêmes critères.

Il y a donc un très grand intérêt, tant pour le calcul des parités économiques que pour les analyses comparatives des dépenses hospitalières, et en général des consommations médicales, à savoir précisément selon quelles conventions les règles du système comptable européen ont été suivies, ou interprétées, par chacun des pays membres de la C.E.E. ; faute de quoi l'hétérogénéité constatée au niveau des prix et éventuellement au niveau de l'enregistrement des valeurs risquent de conduire à des comparaisons dénuées de sens.

SECTION 2 - PROPOSITION POUR LA DEFINITION D'INDICES DE PRIX HOSPITALIERS COMPARATIFS

A supposer même que tous les pays de la C.E.E disposent de données nationales représentatives, la très grande variété des définitions données aux prix de journée exclut la possibilité d'évaluer les parités économiques à partir des statistiques. On ne pourra donc entreprendre de telles estimations que sur la base d'un concept homogène mesuré sur des biens et services comparables et significatifs de l'appareil de production et de consommation de soins hospitaliers, observé sur un échantillon représentatif d'hôpitaux dans chaque pays.

On ne rentrera pas ici dans tous les détails de la construction d'un tel instrument d'observation, on en précisera seulement les lignes générales concernant les prix de revient et la constitution des échantillons d'établissements.

2.1 - La définition des prix doit répondre aux deux conditions données au début de ce chapitre. Le concept commun à tous les pays et à tous les hôpitaux est celui de prix de revient de la journée entendu comme recouvrant les coûts de toutes les prestations fournies à l'occasion de l'hospitalisation quel que soit le système de tarification et le mode de paiement individuel ou collectif des soins (cf. Chapitre I, Sections 1 et 2).

2.11 - Le prix de revient peut être utilisé pour :

- a) estimer les volumes de soins en en déflétant la valeur par un indice de prix représentatif de l'ensemble très composite des biens et services inclus dans les soins hospitaliers.
- b) le calcul des parités économiques, abstraction faite de la diversité entre pays des systèmes de fixation de prix et des législations sociales concernant le financement des soins hospitaliers.
- c) les comparaisons de parités économiques entre les pays quelque soit l'enregistrement comptable des dépenses médicales en consommation privée ou publique puisque dans la presque totalité des cas les prix de revient et les coûts des facteurs sont extrêmement proches.

2.12 - On soulignera toutefois que l'estimation de ces prix de revient soulève quelques difficultés pratiques :

- α / On doit en effet pouvoir disposer de la comptabilité complète des établissements à partir desquels les prix de reviens sont calculés,
- β / Par ailleurs, dans la mesure où une séparation juridique existe entre l'hôpital et les médecins libéraux qui y pratiquent, on doit aussi pouvoir disposer sinon de la totalité de la comptabilité de ces praticiens du moins de la partie concernant les prix des interventions faites dans ces établissements. Cette question se pose pour une partie des soins hospitaliers dans cinq des pays de la C.E.E, à l'exception de la Grande-Bretagne et de l'Italie.
- δ / Les deux problèmes précédents et les différences existant sans doute entre les méthodes comptables des hôpitaux dans chaque pays nécessitent que la collecte des données à l'échelle de la Communauté soit faite selon un schéma unique d'évaluation des prix de revient de façon à assurer la comparabilité des informations et par conséquent des résultats des calculs.

2.2 - La définition d'un échantillon de produits homogènes se place sur le plan médical et statistique.

2.21 - Il faut en effet que les soins pour lesquels on calculera les prix de revient par journée soient :

- a) représentatifs des soins hospitaliers compte tenu à la fois des techniques médicales et de l'organisation hospitalière dans chaque pays,
- b) médicalement comparables, c'est-à-dire correspondent à des diagnostics et des processus de traitements analogues dans toute la C.E.E.

Or on a constaté précédemment qu'à l'intérieur de la Communauté les classements techniques, juridiques et administratifs des hôpitaux différaient d'un pays à l'autre. Par ailleurs, les soins hospitaliers sont à la fois d'une très grande diversité et infiniment complexes : ils varient en fonction de la maladie, du moment où celle-ci est soignée, des risques de complications pronostiqués, des personnels et appareils médicaux disponibles, du sexe, de l'âge et des caractéristiques socio-économiques du malade. La production hospitalière, loin de recouvrir un ensemble de prestations plus ou moins standardisées, est plutôt assimilable, au moins pour sa partie médicale, à une juxtaposition de prestations sur mesure dont les prix de revient dépendent par conséquent de divers éléments hétérogènes et en pondération variable selon les malades.

Pour satisfaire aux conditions a) et b) précédentes, la détermination d'échantillons nationaux d'hôpitaux qui soient représentatifs sans être trop conséquents ni trop complexes pour être utilisés conjointement par tous les membres de la C.E.E. peut être faite à partir de deux hypothèses simplificatrices :

Hypothèse 1 : en dépit de leur diversité les différents systèmes hospitaliers européens peuvent être classés en quelques catégories d'établissements assez homogènes.

Hypothèse 2 : malgré la complexité des soins donnés dans les hôpitaux et les combinaisons multiples des facteurs de production, on peut estimer que le développement et la diffusion des techniques médicales ont atteint des niveaux très voisins dans tous les pays européens, permettant ainsi de déterminer les prix de revient de journée pour des maladies dont les processus de traitement dans les différents pays sont comparables.

Si l'on suppose ces deux hypothèses vérifiées, on peut définir :

- A** - Les catégories d'hôpitaux suivantes qui se rencontrent dans tous les pays de la C.E.E. :

- A1 - Les hôpitaux généraux universitaires,
- A2 - Les autres hôpitaux généraux et spécialisés non psychiatriques.
 - A2.1 - Les établissements à vocation régionale (province, départements, etc...),
 - A2.2. - Les établissements à vocation locale (ville).
- A3 - Les hôpitaux psychiatriques et instituts pour malades mentaux.

B - Les types de diagnostics représentatifs de pathologie soignée dans les hôpitaux dont les processus de traitement sont sans doute assez homogènes. Il semble qu'en ce domaine une vingtaine de diagnostics soit à retenir si l'on désire une bonne représentativité de la gamme des soins hospitaliers, une quinzaine constituant certainement un minimum. Leur définition ne pourra être entreprise qu'avec le concours de praticiens hospitaliers des différents pays de façon à garantir la cohérence des définitions et des systèmes de soins. Tout au plus peut-on suggérer ici quelques groupes de diagnostics : appendicite, accouchement simple, fracture non ouverte du tibia, opération de l'ulcère de l'estomac, infarctus du myocarde, traitement du cancer du larynx, insuffisance rénale traitée par rein artificiel, etc...

On doit toutefois remarquer que l'estimation des prix de revient journaliers par maladie soulève de nombreux problèmes de méthode et d'information. Elle entraîne notamment la mise sur pied d'un appareil d'observation statistique très raffiné et très important.

En raison de difficultés d'harmonisation des méthodes et du coût élevé qu'entraîneraient sans doute des évaluations à ce niveau, on pourrait faire l'hypothèse supplémentaire suivante :

Hypothèse 3 : Les différents types de maladie soignées dans les hôpitaux et leur poids respectif dans le nombre total des entrées, ou des journées, sont assez peu différents à l'intérieur de la Communauté.

Si cette hypothèse se trouve vérifiée on supposerait globalement que la pathologie en milieu hospitalier et les processus de traitement sont homogènes. Il ne serait plus nécessaire alors que d'évaluer les prix de revient moyen journaliers pour chaque établissement de l'échantillon sans considération des maladies auxquelles ces dépenses sont consacrées.

- C** - Enfin, les méthodes de tirage au hasard qui assurent la représentativité de l'échantillon concernant :
- . la répartition des établissements selon leur statut juridique (public, privé non lucratif, privé lucratif),
 - . leur distribution géographique,
 - . les modes de calcul des prix de journée, selon que ceux-ci sont "tout compris", honoraires et prix de journée séparés, etc...

Tableau 10

Principaux critères de choix de l'échantillon d'hôpitaux et de production de soins hospitaliers

| Caractéristiques des Hôpitaux Diagnostics | Statut juridique | | | Classes techniques | | | Distribution géographique | | | Système de tarification des prix de journée | | |
|--|------------------|---------------|-----------|--------------------|----------------------------|------|---------------------------|--------------------|------|---|----------------------------------|------|
| | Publics | Privés | | Universitaires | Général Non Universitaires | | Hôpitaux nationaux | Hôpitaux régionaux | | "Tout compris" | "Prix de journée" + "Honoraires" | |
| | | Non lucratifs | Lucratifs | | | | | | | | | |
| - Appendicite simple | | | | | | | | | | | | |
| - Accouchement | | | | | | | | | | | | |
| - Fracture du col du fémur sans complication | | | | | | | | | | | | |
| - | | | | | | | | | | | | |

- 2.22 - La constitution d'un tel appareil de mesure à l'échelle de la Communauté représente certainement un lourd travail de définition et d'harmonisation : délimitation du champ d'observation, précision des concepts et méthodes comptables, tirage des échantillons nationaux, collecte et traitement des données.

Compte tenu de la complexité des problèmes soulevés et des difficultés d'ordres divers auxquels chaque pays se heurtera pour satisfaire à ce type d'analyse, il convient sans doute de prévoir plusieurs étapes :

I : Sondage pilote sur un nombre limité d'établissements non représentatifs de l'ensemble de la structure hospitalière de chaque pays mais choisis à titre d'exemple dans chacune des grandes catégories d'hôpitaux :

- quelques hôpitaux universitaires publics pratiquant les prix de journée "tout compris",
- quelques établissements généraux privés lucratifs ou non dans lesquels les prix de journée excluent les soins de médecins tarifés en honoraires libéraux,
- quelques établissements psychiatriques.

Les résultats obtenus à ce niveau auraient moins pour objet de faire des comparaisons significatives entre pays que de tester la cohérence internationale des définitions et des méthodes, de façon à permettre l'ajustement correct de celles-ci dans l'échantillon définitif au vue des difficultés méthodologiques et pratiques dans chaque pays.

II : Enquêtes par échantillons nationaux représentatifs sur la base desquelles seraient effectuées des analyses comparatives détaillées pour une année donnée (1971 - 1973) dans le cadre des TEPAC et des dépenses hospitalières dans la C.E.E.

III : Définition des moyens et méthodes d'actualisation des résultats des enquêtes précédentes par des indicateurs d'évolution des prix de revient tant au niveau des coûts qu'à celui des quantités :

- indices d'évolution des salaires d'infirmières, des prix des produits pharmaceutiques, de l'alimentation, etc...
- indices d'évolution de la fréquentation hospitalière,
- indices d'évolution des nombres de journées, des nombres de certaines interventions (appendicite, accouchement...), etc...

SECTION 3 - CONCLUSIONS

Les difficultés rencontrées dans les études économiques comparatives internationales des dépenses médicales sont parfaitement mises en lumière, et en quelque sorte amplifiées, par l'analyse des consommations de soins hospitaliers. Elles sont dues à plusieurs séries de facteurs interdépendants à maints égards : diversités des structures de l'appareil de production, différences des formes de tutelle des pouvoirs publics, hétérogénéité des modalités de financement des soins...

Néanmoins, il ne semble pas qu'en termes très globaux les résultats des soins médicaux appréciés par les espérances de vie et les taux de mortalité divergent très considérablement entre les pays européens. D'autre part, pour autant que les Comptes Nationaux suivent des principes identiques, on constate qu'au cours des années récentes, la consommation médicale a augmenté assez rapidement (entre + 12 % et + 17 % par an de 1965 à 1971) et qu'elle représente une part importante (entre 6 % et 8 %) et croissante de la consommation totale des ménages. Enfin elle met en cause les finances publiques à différents niveaux, soit directement par le budget de l'Etat, soit indirectement par les budgets de Sécurité Sociale.

L'analyse, les remarques et les quelques propositions des deux chapitres précédents concernant très particulièrement les prix des soins hospitaliers touchent en fait par divers points les problèmes plus généraux de toute la consommation médicale. Il y a donc lieu de se demander si la définition d'instruments d'observation des prix de revient hospitaliers aux fins de calcul des TEPAC ne devraient pas être compris dans un cadre plus global de comptes européens des dépenses médicales permettant d'étudier :

- la structure de ces dépenses et des régimes de formation des prix,
- les modalités de financement des consommations médicales,
- les facteurs de leur évolution.

De telles évaluations, voisines de celles des Comptes Sociaux Européens, faciliteraient la compréhension des similitudes et des divergences existant dans ce domaine au sein de la Communauté.



. A N N E X E
— — — — —

Tableau A1

NOMBRE D'ETABLISSEMENTS ET DE LITS PAR TYPE

| PAYS | NOMBRE D'ETABLISSEMENTS | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|--------|-------|--------|-------|-----------|-------|----------------|-------|
| | GENERAUX | | PSYCHIATRIQUES | | ANTITUBERCULEUX | | AUTRES | | TOTAL | | GENERAUX' | | PSYCHIATRIQUES | |
| | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % |
| <u>BELGIQUE</u> (1969) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | - | - | - | - | - | - | - | - | 113 | | 17 530 | 40,0 | 110 | 12,9 |
| Privé | - | - | - | - | - | - | - | - | 241 | | 26 326 | 60,0 | 471 | 81,1 |
| <u>Total</u> | - | - | - | - | - | - | - | - | 354 | 100,0 | 43 856 | 100,0 | 581 | 100,0 |
| <u>FRANCE</u> (1970) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | 897 | 31,7 | 105 | 39,8 | 90 | 19,3 | - | - | 1 092 | 30,7 | 253 613 | 74,9 | 96 059 | 90,0 |
| Privé | 1 931 | 68,3 | 159 | 60,2 | 377 | 80,7 | - | - | 2 467 | 69,3 | 84 911 | 25,1 | 10 298 | 9,7 |
| <u>Total</u> | 2 828 | 100,0 | 264 | 100,0 | 467 | 100,0 | - | 100,0 | 3 559 | 100,0 | 398 524 | 100,0 | 106 357 | 100,0 |
| <u>GRANDE-BRETAGNE</u> (1970) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | 2 088 | 100,0 | 356 | 100,0 | - | - | - | - | 2 444 | 100,0 | 277 388 | 100,0 | 181 831 | 100,0 |
| Privé | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| <u>Total</u> | 2 088 | 100,0 | 356 | 100,0 | - | - | - | - | 2 444 | 100,0 | 277 388 | 100,0 | 181 831 | 100,0 |
| <u>ITALIE</u> (1969) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | 1 018 | 55,4 | 90 | 46,6 | 122 | 59,8 | 155 | 100,0 | 1 385 | 57,9 | 300 439 | 83,9 | 90 776 | 79,0 |
| Privé | 820 | 44,6 | 103 | 53,4 | 82 | 40,2 | - | - | 1 005 | 42,1 | 57 702 | 16,1 | 24 033 | 20,0 |
| <u>Total</u> | 1 838 | 100,0 | 193 | 100,0 | 204 | 100,0 | 155 | 100,0 | 2 390 | 100,0 | 358 141 | 100,0 | 114 809 | 100,0 |
| <u>LUXEMBOURG</u> (1970) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | 9 | 39,1 | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | 3 | 100,0 | 16 | 53,3 | 1 139 | 50,7 | 1 343 | 100,0 |
| Privé | 14 | 60,9 | - | - | - | - | - | - | 14 | 46,7 | 1 108 | 49,3 | - | - |
| <u>Total</u> | 23 | 100,0 | 2 | 100,0 | 2 | 100,0 | 3 | 100,0 | 30 | 100,0 | 2 247 | 100,0 | 1 343 | 100,0 |
| <u>PAYS-BAS</u> (1970) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | 47 | 16,3 | 9 | 6,1 | - | - | 43 | 17,9 | 99 | 14,6 | 17 248 | 23,5 | 5 714 | 12,0 |
| Privé | 241 | 83,7 | 139 | 93,9 | - | - | 197 | 82,1 | 577 | 85,4 | 56 141 | 76,5 | 39 925 | 87,0 |
| <u>Total</u> | 288 | 100,0 | 148 | 100,0 | - | - | 240 | 100,0 | 676 | 100,0 | 73 389 | 100,0 | 45 639 | 100,0 |
| <u>REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE</u> (1969) | | | | | | | | | | | | | | |
| Public | 965 | 38,8 | 87 | 49,7 | 90 | 47,9 | 203 | 27,0 | 1 345 | 37,4 | 240 156 | 52,6 | 82 374 | 73,0 |
| Privé | 1 521 | 61,2 | 88 | 50,3 | 98 | 52,1 | 549 | 73,0 | 2 256 | 62,6 | 216 081 | 47,4 | 30 152 | 26,0 |
| <u>Total</u> | 2 486 | 100,0 | 175 | 100,0 | 188 | 100,0 | 752 | 100,0 | 3 601 | 100,0 | 456 237 | 100,0 | 112 526 | 100,0 |

- Non disponible

D'HOPITAL SELON LE SECTEUR PUBLIC OU PRIVE ET PAR PAYS

| NOMBRE DE LITS | | | | | | OBSERVATIONS |
|-----------------|-------|--------|-------|---------|-------|--|
| ANTITUBERCULEUX | | AUTRES | | TOTAL | | |
| Nombre | % | Nombre | % | Nombre | % | |
| - | - | - | - | 17 640 | 39,7 | Source : Annuaire Statistique de la Belgique, 1971, p. 79 - Les établissements privés sont tous à but non lucratif. |
| - | - | - | - | 26 797 | 60,3 | |
| - | - | - | - | 44 437 | 100,0 | |
| 14 207 | 26,9 | - | - | 363 879 | 73,1 | - Etablissements généraux publics y compris "secteur hôpital" et "sections annexes" à l'exclusion des sections d'hospices. - Les antituberculeux non lucratifs comprennent les établissements assimilés publics. - Les psychiatriques privés faisant fonction de publics sont compris dans le secteur public - Les établissements généraux privés ne comprennent que les cliniques médico-chirurgico-obstétricales. Sources : - Bulletin de Statistiques de Santé et de Sécurité Sociale, n° 5, Septembre-Octobre 1972, p. 23 et suivantes. - Santé et Sécurité Sociale - Tableaux 1970-1971 - MSSSS p. 253 et suivantes. |
| 38 637 | 73,1 | - | - | 133 846 | 26,9 | |
| 52 844 | 100,0 | - | - | 497 725 | 100,0 | |
| - | - | - | - | 459 219 | 100,0 | Source : Digest of Health Statistics for England and Wales, 1971. |
| - | - | - | - | - | - | |
| - | - | - | - | 459 219 | 100,0 | |
| 35 117 | 70,4 | 38 387 | 100,0 | 464 719 | 82,8 | - Dans la catégorie "Autres" ont été inscrits les hôpitaux spécialisés. Source : Annuaire Statistique Italien, 1971, p. 55. |
| 14 782 | 29,6 | - | - | 96 517 | 17,2 | |
| 49 899 | 100,0 | 38 387 | 100,0 | 561 236 | 100,0 | |
| 170 | 100,0 | 123 | 100,0 | 2 775 | 71,5 | - Dans les établissements généraux ont été inclus 3 établissements spécialisés (2 maternités et 1 pédiatrie). - Dans "Autres" sont inclus "maisons de soins pour vieillards" et "maladies infectieuses". Source : Plan de développement des Services de Santé Publique du Grand Duché du Luxembourg, Novembre-Décembre 1971, Pr AUJALEU et Dr RÖSCH, p. 74 à 79. Dans le privé il y a 6 lits et 1 établissement. |
| - | - | - | - | 1 108 | 28,5 | |
| 170 | 100,0 | 123 | 100,0 | 3 883 | 100,0 | |
| - | - | 4 644 | 19,0 | 27 506 | 19,2 | - Les établissements mixtes ont été inclus avec les établissements publics. - Les "antituberculeux" sont inclus dans les états généraux. - Dans la catégorie "Autres" sont inclus les "établissements de soins", c'est-à-dire personnes âgées et maladies somatiques. Source : Ziekenhuisatlas Van Nederland, 1970, p. 5 et suivantes. |
| - | - | 19 812 | 81,0 | 115 878 | 80,8 | |
| - | - | 24 456 | 100,0 | 143 484 | 100,0 | |
| 7 646 | 60,7 | 30 365 | 38,0 | 370 541 | 54,7 | - Dans la catégorie "Autres" sont compris les hôpitaux spécialisés : gériatrique - chronique - cures. Source : Les coûts de l'hospitalisation de la C.E.F., p. 10 (version allemande). |
| 1 447 | 39,3 | 49 471 | 62,0 | 307 154 | 45,3 | |
| 19 093 | 100,0 | 79 839 | 100,0 | 677 695 | 100,0 | |

Tableau A2

PRINCIPAUX INDICATEURS DU

| | NOMBRE DE JOURNEES (10 ³) | | | | COEFFICIENTS D'OCCUPATION | | TAUX DE FREQUENTATION pour 1 000 habitants | | SEJOUR MOYEN | |
|---|---------------------------------------|--------|-------------------|--------|---------------------------|-------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| | HOPITAUX GENERAUX | % | ENSEMBLE HOPITAUX | % | HOPITAUX GENERAUX | ENSEMBLE HOPITAUX | HOPITAUX GENERAUX | ENSEMBLE HOPITAUX | HOPITAUX GENERAUX | ENSEMBLE HOPITAUX |
| | | | | | | | | | | |
| <u>BELGIQUE</u> | | | | | | | | | | |
| Public | | | | | | | | | | |
| Privé | | | | | | | | | | |
| <u>Total</u> | | | | | | | | | | |
| <u>FRANCE</u> | | | | | | | | | | |
| Public (1970) | 71 735 | | nd | | 77,4 | nd | 75,0 | nd | 17,3 | |
| Privé (1968) | 26 024 | | nd | | 83,9 | nd | 46,8 | nd | 11,2 | |
| <u>Total</u> | nd | | nd | | nd | nd | nd | nd | nd | |
| <u>GRANDE BRETAGNE (1970)</u> | | | | | | | | | | |
| N.H.S. | 73 730 | | 135 780 | | 76,6 | 82,8 | 104,6 | 108,8 | 14,4 | 25,5 |
| Privé | nd | | nd | | nd | nd | nd | nd | nd | nd |
| <u>Total</u> | nd | | nd | | nd | nd | nd | nd | nd | nd |
| <u>ITALIE (1969)</u> | | | | | | | | | | |
| Public | 86 999 | 88,40 | 137 703 | 86,02 | 79,3 | 81,1 | 112,6 | 127,8 | 14 | 19 |
| Privé | 11 417 | 11,60 | 22 377 | 13,98 | 54,2 | 63,5 | 19,9 | 20,8 | 10 | 19 |
| <u>Total</u> | 98 416 | 100,00 | 160 080 | 100,00 | 75,3 | 78,1 | 132,5 | 148,6 | 14 | 19 |
| <u>LUXEMBOURG (1970)</u> | | | | | | | | | | |
| Public | nd | | nd | | nd | nd | nd | nd | nd | nd |
| Privé | nd | | nd | | nd | nd | nd | nd | nd | nd |
| <u>Total</u> | nd | | nd | | 74,87 | nd | 120,0 | nd | 14,72 | nd |
| <u>PAYS-BAS (1967)</u> | | | | | | | | | | |
| Public | 4 758 | 21,72 | nd | | 84,1% | nd | 17,6 | nd | 21,3 | nd |
| Privé (y compris mixte) | 17 148 | 78,28 | nd | | 90,8% | nd | 71,9 | nd | 18,8 | nd |
| <u>Total</u> | 21 906 | 100,00 | (33 000 000) | | 89,2 | nd | 89,5 | nd | 19,3 | nd |
| <u>REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE (1969)</u> | | | | | | | | | | |
| | (1) | | | | | | (2) | | | |
| Public | 75 026 | 52,40 | 120 662 | 55,16 | 86,2 | 89,7 | 65,56 | 74,77 | 18,3 | 26,6 |
| Privé | 68 150 | 47,60 | 98 087 | 44,84 | 86,4 | 87,5 | 59,31 | 67,29 | 18,9 | 23,96 |
| <u>Total</u> | 143 176 | 100,00 | 218 749 | 100,00 | 86,9 | 88,9 | 126,87 | 142,06 | 18,6 | 25,3 |

nd : Non disponible.

| PERSONNEL/LIT (1 ^e Chiffre Infirm.) 2 ^e Chiffre Médecin) | | |
|--|-------------------------------------|---|
| HOPITAUX GÉNÉRAUX | ENSEMBLE HOPITAUX | |
| | | |
| 0,76-0,10 | | <p>Sources : - "Bulletin Statistique", Ministère des Affaires Sociales, n° 5, 1972. - "Santé et Sécurité Sociale", Ministère de la Santé Publique, 1970-1971.</p> |
| (England - 1969) nd nd nd | 0,61-0,07 nd nd | <p>Sources : - Department of Health and Social Security - An. Rep. 1969, pp 232, 244, 245, 254. - Digest of Health Statistics for England and Wales, 1971. - Department of Health and Social Security, pp 48-49.</p> |
| 0,20-ind ind ind | 0,20-0,07 0,12-0,07 0,18-0,07 | <p>Source : Annuaire Statistique de l'Italie, 1971.</p> |
| nd nd 0,32 | nd nd 0,53 * | <p>Source : "Plan de Développement des Services de Santé Publique du Grand Duché du Luxembourg", Pr AUJALEU et Dr ROSCH, Novembre-Décembre 1971.</p> |
| (1969) nd nd 0,67-0,04 | (1969) nd nd 0,52-0,03 | <p>- Les nombres de journées, coefficients d'occupation, taux de fréquentation et séjours moyens n'ont pu être estimés faute d'informations en 1967 sur les établissements pour déficients mentaux et institutions de soins.</p> <p>Sources : - JAARCIJFFERS VOOR NEDERLAND, 1968, C.B.S. - Statistiques hospitalières 1969, N.Z.I.</p> |
| ind ind ind | 0,36-0,08 0,44-0,11 0,32-0,06 | <p>Source : "Die Krankenhauspfegekosten in den Ländern der EWG", Dr JOLIBET, C.E.E.</p> |

Tableau A3

Taux de change 1968 - 1972

Valeur d'une unité de monnaie nationale en francs belges

| Cours moyens annuels | 1967 | 1968 | 1969 | 1970 | 1971 | 1972 |
|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 Franc belge | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 | 1,000 |
| 1 Deutsch Mark | 12,469 | 12,505 | 12,796 | 13,610 | 13,971 | 13,890 |
| 1 Livre | 136,879 | 119,496 | 119,721 | 118,940 | 118,705 | 110,834 |
| 1 Lire | 0,079 | 0,080 | 0,079 | 0,079 | 0,078 | 0,075 |
| 1 Florin | 13,798 | 13,790 | 13,834 | 13,725 | 13,920 | 13,801 |
| 1 Franc français | 10,100 | 10,080 | 9,634 | 8,977 | 8,810 | 8,780 |

Sources : Annuaire Statistiques de la France 1970 - 1972.

B I B L I O G R A P H I E

E T S O U R C E S S T A T I S T I Q U E S

- O.N.U. [1] - Système de Comptabilité Nationale.- Etude Méthodologique.- Série F, n° 2, revue 3.- New-York 1970.
- O.C.D.E. [2] - Comparative National Products and Price Levels.- M. GILBERT et I. KRAVIS.- Paris 1957.
- C.E.E. [3] - Régime Commun d'assurance maladie.- Analyse des prix payés pour une prestation.- Période 1/1/71 - 31/12/71.
- [4] - Le coût de l'hospitalisation dans la Sécurité Sociale.- Cl. MICHEL.- 1972.
- [5] - Système Européen de Comptes Economiques intégrés.- S.E.C. - O.S.C.E.- 1970.
- [6] - Les Comptes Nationaux.- 1961 - 1971.- O.S.C.E.
- BELGIQUE [8] - Monographie sur l'organisation des soins médicaux dans le cadre de la Sécurité Sociale.- J. DEJARDIN.- B.I.T. 1968.
- [9] - Statistiques de prix de 22 hôpitaux belges en 1973.
- FRANCE [10] - Collectivités et établissements publics locaux.- Statistiques des comptes pour les exercices 1967, 1969 et 1971.- Ministère de l'Economie et des Finances.
- [11] - Assistance Publique à Paris.- Prix de revient.- 1967 - 1968.
- [12] - Institut Gustave Roussy.- Activité 1970.
- [13] - Les prix des biens et services médicaux.- Les prix de journée des hôpitaux publics.- 1950 - 1971.- C.R.E.D.O.C. 1972.

- GRANDE-BRETAGNE [14] - Digest of Health Statistics for England and Wales.- 1969 - 1971.- Department of Health and Social Security.
- [15] - Department of Health and Social Security.- Annual Reports 1969 - 1971.
- [16] - Hospital Costing Returns.- N.H.S. 1969.

- ITALIE [17] - Annuario Statistica Italiano.- Istituto Centrale di Statistica. Rome 1971.
- [18] - Statistiques des prix en vigueur dans les hôpitaux publics et privés par grandes catégories en 1972.- Instituto Nazionale per l'Assicurazione contro la maladie.
- [19] - Tariffa minima nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche.
- [20] - La médecine italienne au 31 Décembre 1967.- Le Concours Médical, 9-III-1968.

- LUXEMBOURG [21] - Plan de développement des services de santé publique du Grand Duché du Luxembourg.- E. AUJALEU - G. RÖSCH.- O.M.S., Copenhague 1972.

- PAYS-BAS [22] - Verslag van de Ziekenfondsraad over het jaar 1968.
- [23] - Statistiques hospitalières, dépenses hospitalières, personnel hospitalier 1969.- Stichting Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- [24] - Financiële Statistiek.- Ziekenhuizen.- Inrichtingen Verplegt huizen 1969, S.N.Z.
- [25] - Ontwikkeling van de Ziekenhuiskosten 1953 - 1968.- S.N.Z.
- [26] - L'assurance maladie aux Pays-Bas.- Ziekenfondsraad 1969.

- R.F.A. [27] - Monographie sur l'organisation des soins médicaux dans le cadre de la Sécurité Sociale en R.F.A.- F. KASTNER.- B.I.T. 1969.
- [28] - Die Krankenhauspflegkosten in den Ländern des E.W.G.- Rapport établi pour la Commission de la C.E.E., 1970.

- [29] - Beziehungen zu Krankenaustalten.- Pflegsätze einschliesslich Nebenkosten.- 30/6/1969 - 30/6/71.
- [30] - Auswertung von Selbstkostenblättern des Jahres 1971.- Nord Rhein - Westfalen.
- [31] - Statistische Umschau Gesundheitswesen 1971.- Krankenhaus Gesellschaft.
- DIVERS [32] - Les facteurs de dimensionnement des hôpitaux.- AUROC.- Paris 1964.
- [33] - Les comptes économiques des hôpitaux publics, 1961 - 1964.- C.R.E.D.O.C., 1969.
- [34] - Les comptes nationaux de la santé.- Méthode.- Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.- Economie et Santé n° 2.- A. FOULON.- Paris 1972.

30 MAI 1973

2A ex - n° 1

