

Consommation

Cote
R 6900

Crédoc - Consommation, N° 1979-001.
Janvier - mars 1979.

Sou1979 - 3242 à 3245

Nom
4403+1

CRÉDOC

1979 n° 1



janvier
mars

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE
DUNOD ÉDITEUR

Le Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie, association à but non lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique fonctionnant sous la tutelle du Commissariat Général du Plan d'Équipement et de la Productivité. Son Conseil d'Administration est présidé par M. Michel Albert, Commissaire Général au Plan.

L'objet de cette association est le suivant :

- faire toute étude sur les conditions de vie de la population ;
- promouvoir toute recherche statistique, économique, sociologique ou psychosociologique sur la consommation, les besoins, les aspirations et les conditions de vie de la population ;
- et en général, entreprendre toute étude sur des sujets intéressant, directement ou indirectement, la satisfaction des besoins et des aspirations et l'amélioration des conditions de vie de la population.

Les résultats de ces travaux sont en général publiés dans la revue trimestrielle « Consommation ».

Ils peuvent paraître sous forme d'articles dans d'autres revues françaises ou étrangères ou bien faire l'objet de publications séparées, lorsque leur volume dépasse celui d'un article de revue.

Le Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie peut, en outre, exécuter des études particulières à la demande d'organismes publics, privés ou internationaux. Ces études ne font qu'exceptionnellement l'objet de publication et seulement avec l'accord de l'organisme qui en a demandé l'exécution.

Président : Michel ALBERT

Commissaire Général au Plan

Vice-Présidents : Philippe HUET

Inspecteur Général des Finances, Expert du Conseil de l'O.C.D.E.

Président du Conseil d'Administration du S.E.I.T.A.

Edmond MALINVAUD

Directeur Général de l'I.N.S.E.E.

Directeur : André BABEAU

Professeur à l'Université de Paris-X

*Toute reproduction de textes ou graphiques
est autorisée sous réserve de l'indication de la source*

XXVI^e année
N°1 Janvier-Mars 1979

Consommation

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN D'ÉQUIPEMENT ET DE LA PRODUCTIVITÉ

CENTRE DE RECHERCHE
POUR L'ÉTUDE ET L'OBSERVATION
DES CONDITIONS DE VIE
142, rue du Chevaleret,
75634 PARIS CEDEX 13

DUNOD
É D I T E U R

Abonnements/**Subscriptions**

1979 et années antérieures

Un an, 4 numéros	France	135 F
One year, 4 issues	Autres pays	160 F
	Other countries	
Le numéro/ per issue		50 F

C.D.R. Centrale des Revues

B.P. 119, 93104 Montreuil Cedex, France

Tél. : 374.12.45

sommaire

ÉTUDES

HUBERT FAURE ET SIMONE SANDIER

L'évolution des coûts hospitaliers, hôpitaux publics
1965-1977.....

3

GUY CAIRE

Aperçus sur les utilisations possibles de la comptabilité
en temps de travail.....

39

NOTES ET CHRONIQUES

PATRICK CLAPIER ET JEAN-LOUP MADRE

Note sur la structure des budgets familiaux et des
impôts indirects.....

61

BIBLIOGRAPHIE

BERNARD CAZES

Des économistes analysent le système éducatif.....

81

RÉSUMÉS-ABSTRACTS.....

87

L'ÉVOLUTION DES COÛTS HOSPITALIERS HÔPITAUX PUBLICS 1965-1977

par

Hubert FAURE et Simone SANDIER

SOMMAIRE

Introduction	4
1. L'hôpital, entreprise de production	4
1.1. Évolution des prix des facteurs de production.....	5
1.2. Évolution des facteurs de production en volume.....	6
1.3. Contribution des différents facteurs à l'accroissement des coûts hospitaliers.....	10
2. La production hospitalière	13
2.1. Les produits hospitaliers.....	13
2.2. Évolution de la structure d'activité des hôpitaux publics....	16
2.3. Facteurs de production et production.....	21
3. Évolution des prix hospitaliers	22
3.1. Les prix de journée.....	22
3.2. Les tarifs d'honoraires.....	25
3.3. Frais de séjour par hospitalisation.....	29
3.4. L'influence de la baisse des durées de séjour sur le prix de journée.	30
Conclusions	32
Bibliographie	33
Annexes	34

INTRODUCTION

En 1950, les dépenses d'hospitalisation s'élevaient à 1,1 milliard de francs; en 27 années, elles ont été multipliées par 58, représentant 65 milliards de francs en 1977. Parallèlement, leur poids dans le Produit Intérieur Brut s'est élevé de 1,1 % en 1950 à 3,5 % en 1977.

La dépense hospitalière peut être envisagée selon deux points de vue :

- d'une part, elle correspond à une vente de services aux malades hospitalisés;
- d'autre part, elle est destinée à rémunérer les facteurs de production nécessaires pour produire ces services.

Cet article analyse ⁽¹⁾ ces deux aspects pour les hôpitaux publics qui, sur moyenne période, doivent équilibrer leurs dépenses et leurs recettes et pour lesquels il est donc possible d'établir un parallèle entre les facteurs de production, les coûts de revient et les prix appliqués.

1. L'HÔPITAL, ENTREPRISE DE PRODUCTION

Sans entrer dans le détail des comptes des hôpitaux publics, on peut connaître, par grands postes, la structure des charges d'exploitation et d'investissement des hôpitaux publics ⁽²⁾.

Les charges résultent de la mise en œuvre d'un certain nombre de facteurs de production; leur évolution est donc liée d'une part à l'augmentation du volume des facteurs de production, et d'autre part à l'accroissement du prix des facteurs.

La Comptabilité publique donne la valeur et la structure des charges d'exploitation ventilées en grands postes; elle permet de constater :

— la part prépondérante et croissante des frais de personnels aussi bien dans les charges de fonctionnement (58,9 % en 1969; 61,7 % en 1975) que dans le total des dépenses (50,5 % en 1969 et 54,3 % en 1975).

— les parts décroissantes de la pharmacie (7,50 % des dépenses de fonctionnement en 1969; 5,12 % en 1975) et de l'alimentation (8,9 % en 1969 et 5,9 % en 1975).

(1) Il figure une description rapide du matériel statistique disponible en page 33.

(2) Comptabilité publique, les hospices sont inclus dans le champ des statistiques : leurs charges d'exploitation correspondent à 4 % du total des charges considérées ici.

A cette répartition des dépenses, correspondent des modifications de structure du volume des facteurs de production selon les différentes composantes et on peut se demander en particulier si l'accroissement des effectifs de personnels, tels qu'ils ressortent des statistiques du Ministère de la Santé, a été accompagné d'une croissance des autres facteurs de production.

On ne peut connaître en général directement les quantités de facteurs mis en œuvre pour assurer le fonctionnement des hôpitaux. Or, ce point est fondamental pour l'étude de la fonction de production de ces entreprises. Il a donc été appréhendé autrement.

La méthode suivie a consisté à déflater les dépenses par les indices de prix correspondant aux différents facteurs. Pour simplifier, une ventilation en deux postes a été effectuée :

- les frais de personnels d'une part;
- les autres facteurs de production d'autre part.

1.1. Évolution des prix des facteurs de production

1.1.1. Personnels

Pour la période 1970-1977, l'indice des coûts de personnel calculé par le Ministère de la Santé en suivant les salaires et les charges sociales pour différents postes occupés par le personnel est utilisé comme indice des salaires; sur la période antérieure 1965-1970, on retiendra en l'absence d'indice plus spécifique l'indice d'évolution des salaires de la fonction publique, puisque l'évolution des salaires hospitaliers en dépend en grande partie; le raccordement de ces deux indices permet d'étudier l'accroissement des dépenses de personnels.

Sur l'ensemble de la période 1965-1977 l'indice des salaires et charges des personnels s'est accru au rythme de +10,9% par an en moyenne, soit plus rapidement que l'indice général des prix (+7,0% par an). Cet écart traduit une amélioration du pouvoir d'achat des personnels (à qualification constante) de 3,7% par an, en moyenne. On verra ultérieurement que le glissement des qualifications pouvant être estimé à 1,8% par an, le pouvoir d'achat des personnels hospitaliers se serait accru en moyenne de 5,6% par an, soit un peu plus rapidement que le pouvoir d'achat par habitant (+4,1% par an).

Cependant l'évolution de l'indice de salaires des personnels à qualification constante n'a pas été uniforme sur la période; les rythmes observés traduisent à la fois l'inflation et l'accroissement du pouvoir d'achat des personnels. Ainsi, sur des sous-périodes successives, on note une amélioration annuelle moyenne du pouvoir d'achat de 3,0% entre 1965 et 1970; 3,7% entre 1970 et 1974; 6,7% entre 1974 et 1977. Sur cette dernière période, les années 1975 et 1976 ont été favorables et ont permis de rattraper le retard pris en 1974, tandis que 1977 marque une décélération.

Deux mesures ont contribué à une progression plus rapide que par le passé du pouvoir d'achat des salaires hospitaliers. Ce sont :

- le versement d'une indemnité spéciale de sujétion à partir de 1976;

— les mesures prises en 1975 en faveur des bas salaires de la fonction publique qui se sont répercutés au niveau des salaires hospitaliers.

1.1.2. Autres facteurs de production

L'indice général des prix à la consommation a été retenu comme indice d'évolution de cet ensemble hétérogène. On peut, en effet, considérer que l'hôpital a une structure de consommation peu différente de celle d'un ménage ordinaire, mis à part le problème des personnels. Cette hypothèse a été vérifiée sur la période 1970-1977 en construisant un indice pondéré de l'indice des coûts de personnel et de l'indice général des prix; cet indice avait une évolution très voisine de l'indice du coût des facteurs construit par l'I.N.S.E.E., le Ministère de la Santé et le C.R.E.D.O.C., en utilisant des pondérations et des indices de prix correspondant à une ventilation détaillée des coûts hospitaliers (voir tableau I).

Une étude américaine a abouti à des résultats très voisins : M. Feldstein [8] ⁽¹⁾ a construit, sur la période 1958-1967, un indice du coût des facteurs autres que le personnel en utilisant la structure détaillée des achats des hôpitaux, et en retenant 35 postes auxquels il a affecté l'évolution des prix, telle qu'elle apparaissait dans les composantes de l'indice général des prix. L'évolution de cet indice de coût montrait une corrélation très forte avec l'indice général des prix.

TABLEAU I

Accroissements annuels moyens des indices de coût des facteurs de l'hospitalisation.

Périodes	Indice du coût des personnels	Indice général des prix	Indice du coût des facteurs
1965-1970.....	7,4	4,3	6,2 (*)
1970-1975.....	12,9	8,9	11,4
1965-1975.....	10,1	6,6	8,7

(*) Calculé par nous en pondérant l'indice des coûts du personnel par 0,6 et l'indice général des prix par 0,4.

1.2. Évolution des facteurs de production en volume

Les volumes des facteurs de production, tels qu'ils peuvent être appréhendés en divisant les indices de dépenses par les indices de prix correspondants, semblent avoir eu des évolutions voisines en ce qui concerne les personnels d'une part et les autres facteurs d'autre part.

(1) Les chiffres entre crochets renvoient à la bibliographie *in fine*.

Ainsi, bien qu'entre 1965 et 1975 les charges de personnels en valeur nominale aient augmenté à un rythme annuel moyen de 19 % — donc plus rapidement que les autres charges de fonctionnement qui se sont accrues de 15,3 % par an en moyenne —, les dépenses de personnels en volume (effectifs et qualification) ont crû au même rythme que le volume des autres facteurs : 8,2 % par an (tableau II).

L'analyse des sous-périodes montre que ce parallélisme résulte de deux évolutions différentes : entre 1965 et 1970, les dépenses de personnels en volume se sont accrues plus rapidement que le volume des autres facteurs, tandis qu'entre 1970 et 1975, on a pu observer l'inverse (8,9 % par an pour les autres facteurs et 8,2 % par an pour le personnel).

TABLEAU II

**Évolution en volume des facteurs de production de l'hospitalisation.
Accroissements annuels moyens.**

(en %)

Périodes	Personnels	Autres facteurs	Ensemble
1965-1970.....	8,1	6,5	7,2
1970-1975.....	8,2	8,9	8,7
1965-1975.....	8,2	8,2	8,2

On remarque aussi que pour le personnel, l'accroissement au cours des deux sous-périodes a été voisin, de l'ordre de 8 % par an. L'ensemble « autres facteurs » est très hétérogène et il est probable que ses diverses composantes ont évolué différemment.

1.2.1. *Personnels*

L'accroissement en volume des frais de personnels de 8 % par an en moyenne, déterminé par cette méthode de calcul, correspond d'une part à un accroissement des effectifs et d'autre part à une modification de qualification et d'ancienneté.

Les statistiques du Ministère de la Santé se rapportant aux hôpitaux généraux permettent d'appréhender l'évolution des effectifs : ainsi, entre 1964 et 1977, ils ont été multipliés par 2,5 (1) passant de 196 901 à 451 560 au rythme annuel moyen de 6,6 % par an. Sur la période récente 1975-1977, c'est une accélération de la croissance que l'on note avec un taux d'évolution annuel de 8,3 %.

La comparaison entre la progression des effectifs et celle des frais de personnels en volume précédemment calculée montre que l'effet des glissements indiciaires correspondant à l'ancienneté et à la qualification se traduit par un accroissement de l'ordre de 1,8 % par an en moyenne sur la période 1965-1975.

(1) Y compris les médecins.

Les statistiques disponibles permettent de mettre en évidence les changements suivants au cours du temps :

- les personnels techniques de laboratoire, radiologie, pharmacie, les personnels de direction et d'administration occupent une place croissante dans le total des effectifs hospitaliers;

- à l'intérieur des services médicaux, les personnels qualifiés croissent plus vite que les autres agents.

On remarquera que cette évolution temporelle est du même type que celle que l'on observe à un instant donné lorsque l'on compare des hôpitaux de technicité croissante : H, CH, CHU.

En 1974, en effet :

- la part des personnels de direction et d'administration était de 9,4 % dans les H et s'élevait à 10,1 % dans les CHU;

- la part des personnels techniques croissait de 3,0 % dans les H à 5,7 % dans les CHU;

- à l'intérieur des personnels des services médicaux, médecins non compris, la part des infirmières et sages-femmes croissait de 27 % dans les H à 34 % dans les CHU.

Ces modifications au cours du temps peuvent contribuer à un accroissement de la production moyenne des personnels employés; mais en tout état de cause, le phénomène ne peut être que de faible amplitude. On peut donc penser que l'ancienneté et la modification des conditions de travail seraient à l'origine de la plus grande part de l'accroissement de la qualification moyenne des personnels. Une étude particulière a montré que l'effet de l'ancienneté se traduisait par un accroissement annuel de 1,5 %, l'effet propre de la seule « qualification » — environ 0,3 % par an — étant assez faible.

L'assimilation de la qualification aux phénomènes de glissements indiciaires et de modification de structure des personnels peut être contestée. Elle n'a été utilisée ici qu'en première approximation et faute d'information sur une mesure directe de la productivité. Elle correspond aux idées générales que l'on se fait sur l'expérience acquise pendant des années de service hospitalier et sur les résultats d'une formation plus longue pour des personnels plus qualifiés. Néanmoins, puisque les évaluations chiffrées reposent sur cette hypothèse de base, elles ne constituent qu'une première approche que l'on doit interpréter avec précaution.

1.2.2. *Autres facteurs*

L'accroissement du volume des autres facteurs de production qui a été de 8,2 % par an, en moyenne entre 1965 et 1975, correspond au développement des équipements hospitaliers et à une utilisation accrue de biens et services intermédiaires. On ne dispose cependant que de peu de données sur ces points. En outre, il y a lieu de signaler que, dans les autres dépenses, entrent pour une faible part les amortissements des bâtiments et installations techniques. Mais en raison du contrôle des prix de journée par la tutelle, les hôpitaux n'incorporent dans leurs dépenses d'exploitation qu'une partie des amortissements théoriques :

il en résulte que le rôle du facteur « capital » dans les prix est assez difficile à saisir.

En ce qui concerne les équipements, l'évolution du nombre de lits et des équipements lourds peut être retracée.

Entre 1965 et 1975, le nombre de lits dans les hôpitaux généraux publics est passé de 232 959 à 274 142 pour le secteur hôpital avec un accroissement annuel moyen de 1,64 %, faible par rapport à l'accroissement total du volume des facteurs de production. Cette constatation exprime que la progression du nombre de lits n'est donc qu'un indicateur partiel de la croissance de la capacité de production des hôpitaux; en fait, au cours des années la notion de lit s'est modifiée, chaque lit correspondant à une surface plus grande, et à plus d'équipements annexes (meilleure literie, tables, éclairages, insonorisation...).

Le coefficient d'occupation qui rend compte de l'utilisation des lits est de 81 % pour l'ensemble des services des hôpitaux généraux publics. Cependant, cette moyenne ne traduit pas la dispersion qui existe au niveau des différents services.

Par ailleurs, dans le cadre de l'humanisation des hôpitaux, la suppression progressive des lits en salles communes s'est poursuivie au rythme d'environ 3 000 lits par an pour le seul secteur hôpital de court séjour, (période 1965-1975). Ainsi, la proportion de journées d'hospitalisation en salles communes a baissé de 32 % en 1969 à 21 % en 1975.

Équipements lourds

En France comme dans les autres pays de niveau économique comparable, les équipements hospitaliers ont connu un développement particulièrement

TABLEAU III
Équipement des hôpitaux publics.

Années	Installations de radiographie		Postes d'hémodialyse	Radiothérapie			
	Légère Type B-C	Lourde Type D		Télégrammathérapie	Accélérateur de particules	Curie-thérapie	Radiothérapie conventionnelle
1966.....	713	1 150	-	-	-	-	-
1970.....	-	-	245	-	-	-	-
1971.....	-	-	306	85	14	104	268
1972.....	-	-	-	-	-	-	-
1973.....	1 337	1 931	-	-	-	-	-
1974.....	-	-	435	92	21	90	159
1975.....	1 998	2 939	655	-	-	-	-
1976.....	2 113	3 153	1 063	98	27	45	170
1977.....	2 184	3 439	-	-	-	-	-

Source : Ministère de la Santé.

rapide. Les statistiques disponibles en ce domaine montrent par exemple que le nombre de postes d'hémodialyse a quadruplé entre 1970 et 1976, et que le nombre d'équipements lourds de radiographie a presque triplé en dix ans.

Depuis quelques années surtout, les hôpitaux publics ont consacré des sommes très importantes à l'acquisition de matériels lourds, en particulier les CHU et les CH.

Une liste de ces appareils définit le plateau technique que tous les CHU doivent posséder. La progression de ces équipements et des consommations intermédiaires nécessaires à leur fonctionnement contribue de façon significative à l'accroissement des facteurs de production.

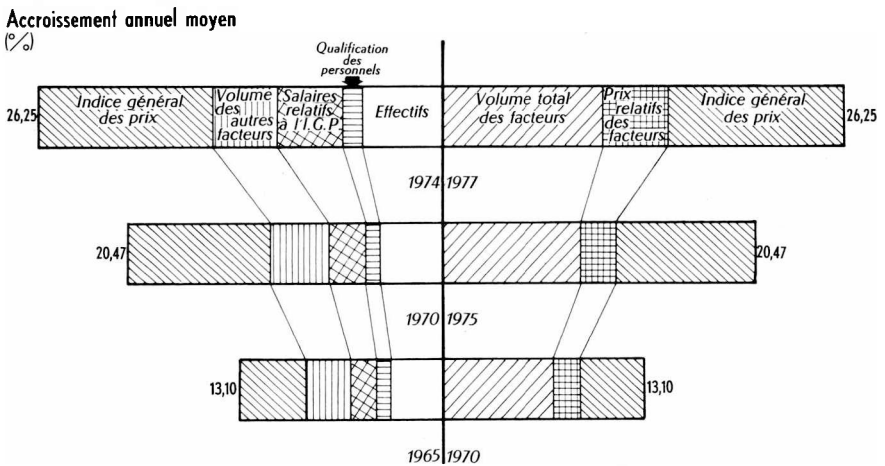
1.3. Contribution des différents facteurs à l'accroissement des coûts hospitaliers

Pour résumer et faire la synthèse de l'évolution des charges de l'hôpital, on peut dire que l'accroissement des coûts hospitaliers peut s'expliquer par l'évolution de plusieurs composantes ⁽¹⁾ :

- l'indice général des prix (IGP);

GRAPHIQUE I

Contribution de chaque facteur à l'accroissement des coûts hospitaliers.



(1) Le tableau IV dans sa partie gauche retrace pour deux périodes 1965-1970 et 1970-1975 les taux d'accroissement annuels moyens de ces différents paramètres.

En fonction des différentes variables introduites, l'accroissement de la valeur nominale (VN) des dépenses d'hospitalisation peut se calculer par la formule suivante :

$$[1 + AC(VN)] = [1 + AC(IGP)] \times [TSA [1 + AC(NE)] [1 + AC(QUA)] [1 + AC(SAR)] + (1 - TSA) [1 + AC(DIV)]]$$

où TSA est la part des charges de personnel dans le total des charges et AC est l'accroissement annuel moyen.

TABLEAU IV

**Les facteurs de l'accroissement des charges hospitalières.
Hôpitaux publics.**

	Taux d'accroissements annuels moyens (%)			Contribution de chaque facteur à l'accroissement des coûts hospitaliers (%)		
	1965/1970	1970/1975	1974/1977	1965/1970	1970/1975	1974/1977
Indice général des prix	4,29	8,87	10,25	32,56	45,25	43,45
Dépenses de personnel à prix relatifs constituées par :	11,32	12,15	16,25	45,08	36,40	40,64
— effectifs	6,12	6,48	7,55	24,96	19,92	19,64
— qualification	1,87	1,60	(1,80)	7,78	5,04	4,81
— salaires relatifs à I.G.P.	2,98	3,67	6,18	12,34	11,44	16,18
— salaires nominaux	7,40	12,86	17,06			
Dépenses d'autres facteurs relatives à I.G.P. (volume).	6,50	8,90	(9,49)	22,36	18,34	15,91
Valeur relative des charges	9,09	10,82	13,54	67,44	54,75	56,55
Valeur nominale des charges	13,77	20,66	25,18	100,00	100,00	100,00
Volume total des facteurs	7,20	8,70	(9,49)	55,00	44,00	40,00
Indice nominal du coût des facteurs	6,09	11,34	15,28	45,00	56,00	60,00

Notes : Les valeurs entre parenthèses sont des estimations. On notera qu'elles sont cohérentes avec l'évolution réelle des dépenses hospitalières (supposée proche de celle des charges, les charges n'étant pas connues sur cette période).

- les effectifs de personnels (NE);
- l'indice des salaires du personnel relativement à l'indice général des prix (SAR);
- l'évolution de la qualification des personnels (QA);
- le volume des autres facteurs de production (DIV).

La formule établie permet de mesurer la contribution de chaque facteur à l'accroissement des coûts hospitaliers. Les résultats des calculs (tableau IV) montrent :

le rôle important joué par l'inflation qui, selon les périodes, contribue pour 33 à 45 % au total de l'accroissement des coûts, le reste de l'accroissement (de 67 à 55 %) correspondant à l'évolution des charges à prix relatifs;

— *le poids prépondérant des dépenses de personnels à l'intérieur de l'évolution des charges à prix relatifs*, puisque celles-ci correspondent à environ deux tiers de l'accroissement : 67 % sur 1965-1970; 66 % sur 1970-1975; 72 % sur 1974-1977;

— la répartition des facteurs de la croissance des charges de personnel en valeur relative dont une moitié environ est due à l'accroissement des effectifs, et dont l'autre moitié provient de la progression du pouvoir d'achat et de la qualification.

La contribution à l'accroissement de la dépense hospitalière de l'accroissement de la qualification a varié de 12 à 17 %; celle de l'accroissement relatif des salaires du personnel de 27 % entre 1965 et 1970 à 40 % entre 1974 et 1977.

Les résultats permettent de répondre à la question suivante :

Quel aurait été l'accroissement des dépenses hospitalières si un seul des facteurs s'était accru, en l'absence d'évolution pour les autres facteurs ?

Les résultats se lisent sur le tableau V. On peut ainsi dire que si les hôpitaux n'avaient accru ni leur personnel, ni les autres facteurs de production, s'il n'y avait pas eu d'accroissement de qualification des personnes et si le pouvoir

TABLEAU V
Effet de la variation d'un seul facteur
sur l'évolution annuelle de la dépense hospitalière
— hôpitaux publics.

(en %)

Paramètres \ Périodes	1965-1970	1970-1975	1974-1977
Indice général des prix.....	4,29	8,87	10,25
Personnel :			
— effectifs.....	3,32	3,86	4,58
— qualification.....	1,01	0,95	1,09
— salaires relatifs.....	1,62	2,19	3,75
Volume des autres facteurs.....	2,98	3,60	3,74
Accroissement de la dépense hospitalière.....	13,10	20,47	26,25

d'achat des personnels n'avait pas augmenté, *l'effet mécanique de la seule inflation aurait été un accroissement annuel de la dépense hospitalière de 4,29 % entre 1965 et 1970: 8,87 % entre 1970 et 1975: 10,25 % entre 1974 et 1977.*

Il apparaît ainsi que l'accélération de la croissance des dépenses hospitalières entre 1974 et 1977 a été liée à celle de l'inflation, mais aussi pour une part relativement importante à la progression, plus rapide que par le passé, du pouvoir d'achat des salaires hospitaliers.

On remarquera également que la croissance des effectifs de personnels souvent citée comme un facteur déterminant de l'évolution des coûts hospitaliers y contribue effectivement, mais pour une part à peine plus importante que la croissance du volume des autres facteurs. L'analyse du passé a d'ailleurs montré que ces deux types d'inputs augmentaient simultanément et on peut s'attendre à une évolution similaire pour le proche futur. Cependant, les statistiques des U.S.A. montrent même une croissance plus rapide du volume des facteurs autres que le personnel qui pourrait préfigurer l'évolution en France pour un futur plus lointain.

Les analyses proposées fixent les limites et les possibilités des interventions destinées à ralentir l'évolution des coûts hospitaliers, que ce soit des actions sur le volume des facteurs de production ou sur l'évolution du pouvoir d'achat des personnels.

2. LA PRODUCTION HOSPITALIÈRE

L'analyse de la production de l'hôpital porte sur les services produits, étudiés comme précédemment en quantités et en prix de vente.

2.1. Les produits hospitaliers

Il y a en effet une liaison étroite entre les mesures habituelles de la production hospitalière et les unités retenues pour la tarification des séjours hospitaliers, puisque dans la plupart des cas les statistiques de l'activité hospitalière sont dérivées de documents comptables.

Les hôpitaux généraux publics facturent leurs services aux malades hospitalisés et aux malades externes :

— dans le cas des malades hospitalisés, ils décomposent le coût en frais de séjour d'une part et honoraires d'autre part;

— les frais de séjour sont proportionnels aux nombres de journées passées à l'hôpital, chaque journée étant facturée selon un prix de journée. Celui-ci est identique pour tous les malades d'un même service, représentant une valeur moyenne des prix de revient prévisionnels et correspondant aux frais d'hébergement et de soins au chevet du malade. Ce procédé de calcul opère une péréquation entre les différents malades soignés dans le service;

– les honoraires correspondent à un certain nombre de services, examens, diagnostics ou traitements qui sont facturés aux malades en fonction de leur consommation réelle, de la cotation de ces actes selon la nomenclature générale de la Sécurité Sociale et des tarifs applicables aux différentes lettres-clés ⁽¹⁾;

– dans le cas des malades externes, les honoraires sont facturés selon la même nomenclature que pour les malades hospitalisés, mais les tarifs appliqués sont différents.

La production marchande des hôpitaux sera donc décrite dans ses diverses composantes :

- nombre de journées;
- nombre d'hospitalisations;
- volume des soins aux hospitalisés;
- consultations externes;
- volume des soins aux consultants externes.

Cette démarche qui ne considère que la production marchande des hôpitaux laisse de côté leurs autres activités et principalement la recherche et l'enseignement (écoles d'infirmières).

2.1.1. *Les journées d'hospitalisation*

Les journées d'hospitalisation sont les unités le plus communément utilisées pour mesurer la production hospitalière. Nous reviendrons ultérieurement sur leur signification.

Le nombre de journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics est passé de 61,1 millions en 1961 à 76,9 millions en 1976. Sur cet ensemble, le secteur hôpital assurait 58,3 millions de journées en 1961 et 74,6 millions en 1976, le reste correspondant aux sections annexes.

Le nombre de journées d'hospitalisation s'est donc accru lentement selon un rythme annuel moyen de 1,5% entre 1961 et 1976, et un rythme plus faible encore de 1,0% par an sur la période plus récente 1970-1976.

En ce qui concerne le secteur hôpital (sans les sections annexes) auquel nous nous intéressons plus particulièrement, l'évolution entre 1961 et 1976 est du même ordre mais on ne peut parler de ralentissement ces dernières années.

2.1.2. *Les hospitalisations*

Le nombre d'hospitalisations correspond au nombre total des séjours hospitaliers; il est donc différent du nombre de personnes hospitalisées, puisque à un malade hospitalisé deux fois dans l'année correspondent deux hospita-

(1) Actes de chirurgie et de spécialités (K), services de radiologie (R puis Z), analyses de laboratoires (B), services de masseurs-kinésithérapeutes (AMM). De plus, pour les malades hospitalisés dans des services de médecine, l'hôpital facture des honoraires indexés sur le « C » (1 « C » par jour pour les séjours inférieurs à 20 jours, puis 1/2 « C » par jour ensuite).

lisations. Il se peut même qu'à un malade ayant changé de service au cours de son hospitalisation ou ayant interrompu son hospitalisation pendant un week end, certains hôpitaux fassent correspondre deux hospitalisations.

Malgré ces réserves, le nombre d'admissions tel qu'il ressort des statistiques est un autre paramètre décrivant l'activité des hôpitaux; son évolution plus rapide que celle du nombre des journées constitue une première indication de l'évolution des modalités de traitement des malades dans le sens d'une plus grande concentration des soins sur une période plus courte.

Les hôpitaux généraux publics ont enregistré 2,6 millions d'admissions en 1961 et 5,5 millions, soit plus du double, en 1976. L'évolution au rythme annuel moyen de 5,0% a donc été plus rapide que celle des journées; elle s'est encore accélérée les dernières années, la progression annuelle ayant été en moyenne de 6,3% entre 1970 et 1976.

2.1.3. *Les consultations externes*

En plus de l'hospitalisation proprement dite assurant l'hébergement des malades, les hôpitaux fournissent des services médicaux à des malades qui fréquentent les consultations externes.

D'après les statistiques du Ministère de la Santé, cette activité a connu un développement rapide puisque le nombre de consultants externes a plus que doublé en 8 ans, passant de 5,8 millions en 1965 à 12 millions en 1973 ⁽¹⁾ avec un taux d'accroissement annuel moyen de 9,5%. Sur la récente période de 3 années 1970-1973; on note même une accélération, la croissance annuelle moyenne ayant été de 11,6%.

Les CHU assuraient 62% du total des consultations externes en 1973.

2.1.4. *Les soins*

Les soins produits par les établissements hospitaliers ne peuvent être appréhendés statistiquement dans leur ensemble. En effet, seule une partie des soins, les soins facturés sur honoraires, donnent lieu à comptabilisation, tandis que l'autre partie, les soins au chevet du malade, ne sont pas recensés et sont inclus du point de vue de la facturation dans le forfait journalier. Seuls, les soins facturables que l'on peut estimer à partir des statistiques du Ministère de la Santé (séparément pour les malades externes, et les hospitalisés) et des statistiques de la C.N.A.M.T.S. (sans distinction du type de malade) seront donc analysés.

Les honoraires facturés aux malades hospitalisés

En 1972, les soins facturés aux malades hospitalisés représentaient un peu moins de 9% des recettes des hôpitaux généraux publics. Selon les dernières statistiques disponibles, en 1973, ils correspondaient à 168,2 millions de « K »; 173,7 millions de « Z »; 1,8 milliard de « B »; 18 millions de « AMM » auxquels

(1) Dernière année disponible.

s'ajoutent les honoraires indexés sur le « C » proportionnels en première approximation aux nombres de journées dans les services de médecine, soit 38 millions. Pour avoir une mesure synthétique de ces soins, on peut les agréger et obtenir un volume global de soins exprimé en équivalents de lettres-clés « C ».

Avec cette mesure, il apparaît que le volume des soins aux malades hospitalisés est passé de 83,1 millions de « C » en 1965 à 189,6 millions de « C » en 1973. L'accroissement annuel moyen a donc été de 10,9 % entre 1965 et 1973 avec une accélération les dernières années (9,9 % entre 1965 et 1970; 12,5 % entre 1970 et 1973).

Les honoraires facturés aux malades externes

En 1973, pour les malades externes, les hôpitaux généraux publics ont produit 25 millions de « K », 58 millions de « Z », 3 millions de « AMM », 140 millions de « B ».

Le volume global des soins aux malades externes a pu être estimé à 8,4 millions de « C » en 1965 et près du triple, soit 23,9 millions de « C » en 1973.

L'activité de consultations externes représentait en 1965 9 % du volume total des soins facturés (externes et hospitalisés); elle en représentait 11 % en 1973.

L'évolution du volume des soins aux malades externes a donc été encore plus rapide que celle observée pour les malades hospitalisés. Sur la période 1965-1973, elle est caractérisée par un taux d'accroissement annuel moyen de 13,9 %. L'évolution apparaît beaucoup plus rapide pour la période récente (19,7 % en moyenne par an entre 1970 et 1973, contre 10,6 % par an entre 1965 et 1970).

2.2. Évolution de la structure d'activité des hôpitaux publics

La rapide description quantitative de la production des hôpitaux généraux publics qui précède conduit à quelques conclusions sur l'évolution de la nature de l'activité et du mode de production à l'hôpital.

2.2.1. La nature des séjours hospitaliers se modifie

On ne peut guère, à partir des données statistiques existantes, tirer des enseignements sur la modification de structure de la clientèle hospitalière (âge, sexe, types de malades, gravité) et son incidence sur l'évolution des effets attendus, par les malades, de l'hospitalisation. Les informations disponibles tendent cependant à montrer, d'après l'étude de quelques ratios, que la nature du séjour hospitalier a changé au cours du temps.

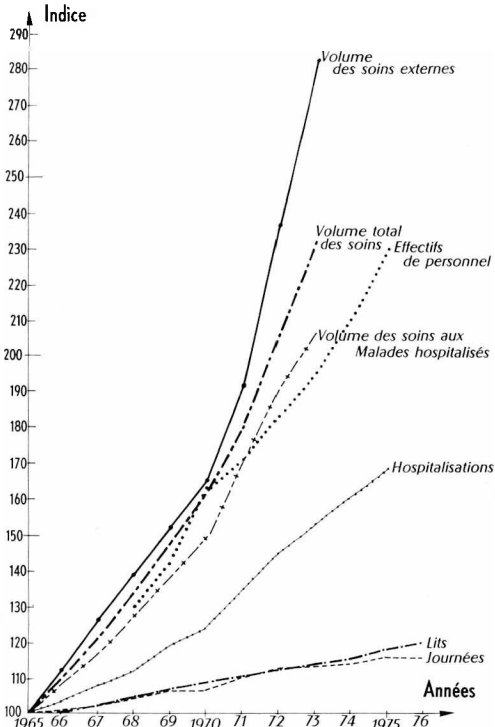
Le séjour hospitalier raccourcit

Pour le « secteur hôpital » des hôpitaux généraux publics, la durée moyenne des séjours est passée de 22,8 jours en 1961, à 13,6 jours en 1976 : elle a donc baissé de près de 9 jours en 15 ans, soit de 0,6 jour par année; on remarquera que cette baisse s'est accélérée ces dernières années, puisqu'entre 1970 et 1976 la durée moyenne des séjours a diminué de 0,8 jour par an.

Pour les seuls services de court séjour, la durée moyenne d'une hospitalisation est passée de 20,0 jours en 1961 à 15,7 jours en 1970 et 11,3 jours en 1976.

GRAPHIQUE 2

Évolution de la production hospitalière.



Bien que ce mouvement ne puisse se poursuivre encore de nombreuses années, il est vraisemblable que la durée moyenne de séjour s'abaissera encore et tendra vers 8 jours, chiffre observable depuis quelques années aux U.S.A. dans les hôpitaux de court séjour. Dans une certaine mesure, cette baisse est associée à la création d'établissements accueillant les malades nécessitant de longs ou moyens séjours, d'une part, et au développement des consultations externes d'autre part.

Les malades reçoivent plus de soins par séjour et par journée d'hospitalisation.

S'il n'est pas possible de mesurer l'ensemble des services médicaux reçus par les hospitalisés, on peut cependant considérer, faute d'autres informations, que les soins facturés

représentent un « indicateur » de l'ensemble dans la mesure où ils ne sont pas substituables aux autres soins. Cependant, si les soins facturés et les autres soins se développent simultanément, rien n'indique qu'il y ait proportionnalité entre les deux types de soins, c'est-à-dire que l'on ne peut conclure que les taux d'évolution calculés pour les soins facturés s'appliquent aux autres soins.

Volume des soins par séjour

On peut évaluer (tableau VII) que le volume des soins facturés par malade hospitalisé représentait 27,6 « C » en 1965 et 41 « C » en 1973. Sur cette période de 8 années, la progression du volume des soins facturés par entrée a donc été de 5,1 % par an en moyenne (5,3 % entre 1965 et 1970; 4,8 % entre 1970 et 1973). Malgré la baisse des durées de séjour, chaque hospitalité a donc été soumise à plus d'examen diagnostics et à plus de traitements.

Ici encore, les CHU peuvent être considérés comme préfigurant l'évolution future. Malgré des durées de séjour plus faibles, ils fournissent par hospitalisé plus de services médicaux : 46,2 « C » en 1970 et 55,3 « C » en 1973 et la

TABLEAU VI
Activité des hôpitaux généraux publics.
Tous hôpitaux.

Années	Journées (10 ³)	Entrées (10 ³)	Volume des soins aux malades hospitalisés (10 ³ C)	Nombre de consultants externes (10 ³)	Volume des soins aux malades externes (10 ³ C)	Volume total des soins (10 ³ C)
1965.....	63 661	3 016	83 112	5 835	8 427	91 359
1966.....	64 695	3 132	90 400	6 398	9 415	99 815
1967.....	65 391	3 255	100 044	6 825	10 608	110 653
1968.....	66 422	3 384	-	7 393	-	-
1969.....	68 131	3 601	-	-	-	-
1970.....	68 402	3 743	133 310	8 705	13 924	147 235
1971.....	70 554	4 070	149 173	10 031	16 182	165 356
1972.....	72 261	4 373	169 681	11 130	20 012	189 693
1973.....	72 676	4 626	189 565	12 081	23 889	213 455
Taux d'accroissement annuel moyen (%)						
1965-1970.....	1,45	4,41	9,91	8,33	10,57	10,02
1970-1973.....	2,04	7,32	12,45	11,45	19,71	13,18
1965-1973.....	1,67	5,49	10,86	9,52	13,91	11,19

progression du volume des soins facturés par entrée y a été plus rapide (6,2% par an entre 1970 et 1973) que pour les autres hôpitaux, bien que les séjours se soient plus raccourcis (-7,7% par an).

Volume des soins par journée

L'accroissement du volume des soins par séjour associé à la baisse de la durée des séjours implique que la journée d'hospitalisation varie encore plus dans son contenu que le séjour lui-même, puisque plus de soins sont concentrés sur une plus courte période.

Alors qu'en 1965, pour l'ensemble des hôpitaux généraux publics, le volume des soins par journée d'hospitalisation pouvait être estimé à 1,3 « C », en 1973 il était estimé à 2,6 « C », la progression ayant été en moyenne de 9,0% par an. Il apparaît donc que la baisse de la durée des séjours a été obtenue, au moins en partie par l'accroissement de l'intensité des soins reçus au cours d'une journée, la baisse forte de la durée de séjour (-4,9% par an entre 1970 et 1973) s'étant accompagnée d'un accroissement plus rapide des soins par journée (10,1% par an entre 1970 et 1973).

TABLEAU VII

**Ratios d'activité des hôpitaux généraux publics.
Ensemble des hôpitaux.**

Années	Durée de séjour J	Volume des soins aux malades hospitalisés (C)		Volume des soins aux consultants externes (C)	Nombre de consultants externes		Volume total des soins « C »	
		par journée	par entrée	par consultant externe	par journée	par entrée	par journée	par entrée
1965.....	21,11	1,31	27,56	1,44	0,09	1,93	1,44	30,39
1966.....	20,66	1,40	28,92	1,47	0,10	2,04	1,54	31,89
1967.....	20,09	1,53	30,74	1,55	0,10	2,10	1,69	33,95
1968.....	19,63	-	-	-	-	-	-	-
1969.....	18,92	-	-	-	-	-	-	-
1970.....	18,27	1,95	35,61	1,60	0,13	2,32	2,15	39,34
1971.....	17,34	2,11	36,65	1,61	0,14	2,46	2,34	40,62
1972.....	16,52	2,35	38,80	1,80	0,15	2,54	2,63	43,37
1973.....	15,71	2,60	40,99	1,98	0,17	2,61	2,94	46,14
Taux d'accroissement annuel moyen (%)								
1965-1970..	-2,85	8,28	5,26	2,13	7,63	3,75	8,35	5,30
1970-1973..	-4,91	10,06	4,80	7,36	9,35	4,00	10,99	5,46
1965-1973..	-3,63	8,75	5,09	4,06	8,27	3,85	9,33	5,36

Ici encore, les CHU sont « en avance », le volume des soins facturés par journée étant dès 1970 de 2,6 « C », et atteignant 4,0 « C » en 1973. La croissance rapide du volume par journée (14,9 % entre 1970 et 1973) peut laisser penser qu'un mouvement analogue aura lieu dans les autres hôpitaux.

La qualité de l'hébergement s'améliore

La fonction d'hébergement de l'hôpital complète sa fonction de soins. L'analyse des statistiques disponibles montre que la qualité de l'hébergement s'est améliorée en même temps que les soins se sont développés.

D'une part, dans le cadre de l'humanisation des hôpitaux, le nombre de lits en salles communes a diminué, les équipements de confort se sont développés; d'autre part, une analyse de certaines dépenses montre également l'accroissement des biens et services composant l'hôtellerie (1).

(1) [3] Calculs effectués par le C.R.E.D.O.C. sur les données d'un échantillon d'hôpitaux de la Cellule d'Analyse de Gestion, séparant les coûts en soins, hébergement, dépenses d'administration.

Les comptes globaux des hôpitaux publics ne permettent pas d'isoler le coût total de la fonction d'hébergement, puisqu'ils ne ventilent pas les dépenses de personnels et les frais généraux entre les fonctions soins et hébergement. Cependant, en analysant les dépenses de certains biens correspondant principalement à la fonction d'hébergement, on peut avoir une indication de l'amélioration de celui-ci.

Les dépenses hôtelières sont constituées par le total des dépenses d'alimentation, d'électricité, de chauffage, d'eau, de lingerie, de produits d'entretien, de petit matériel hôtelier.

Ainsi, la dépense d'alimentation par journée dans les hôpitaux publics s'est accrue de 13,7% par an, en moyenne, entre 1970 et 1975; compte tenu de l'accroissement annuel de l'indice général des prix de 8,9% pendant cette période, l'accroissement en volume par journée aurait donc été de l'ordre de 4,4%.

Les données issues de la Cellule d'Analyse de Gestion du Ministère de la Santé indiquent, pour un échantillon d'hôpitaux, la valeur des biens consommés en dépenses hôtelières ainsi que le coût d'une partie du personnel non médical affecté à l'hébergement.

L'accroissement annuel moyen, en volume, de l'hébergement par journée aurait été, entre 1972 et 1975, de 7,7% pour les CHU et de 8,2% pour les CH. Il correspondrait à des accroissements annuels de 6,5% pour les biens et de 8 à 9% pour les personnels.

Ces résultats montrent que la politique d'humanisation et d'amélioration du confort des malades a eu comme conséquence un accroissement sensible des personnels dans le cadre de la fonction d'hébergement.

2.2.2. L'activité de soins aux malades externes occupe une place croissante dans la production des hôpitaux généraux publics

Alors qu'entre 1965 et 1973 le nombre de journées s'est élevé en moyenne de 1,7% par an et le nombre d'hospitalisations de 5,5%, le nombre de consultants externes s'est accru de 9,5%. Les ratios d'activité définis par le quotient du nombre de consultants externes par les journées ou les admissions ont donc augmenté. Ces rapports étaient égaux respectivement à 0,09 et 1,93 en 1965 et 0,17 et 2,61 en 1973.

Par comparaison avec les hôpitaux américains, ces ratios sont cependant faibles puisque dans les hôpitaux non fédéraux de court séjour — les plus proches du secteur hôpital des hôpitaux généraux français — on comptait en 1975 0,76 consultant externe par journée et 5,6 par entrée. Ces chiffres comparatifs et l'analyse de la période 1970-1973 en France laissent penser que la structure de l'activité des hôpitaux généraux continuera à se modifier dans le sens d'une plus grande part des malades externes dans la clientèle de l'hôpital.

Les CHU peuvent de ce point de vue être considérés comme « pilotes » avec 0,28 consultant externe par journée et 3,89 par entrée en 1973 et avec 12% des soins consacrés aux malades externes.

Une conséquence du développement rapide des consultations externes, qui deviennent de plus en plus techniques, est qu'elles permettent d'abrèger les durées de séjour, une partie des actes et des examens étant réalisée soit avant, soit après l'hospitalisation proprement dite.

2.3. Facteurs de production et production

L'augmentation de la production hospitalière s'est accompagnée de l'accroissement des facteurs de production mis en œuvre (chapitre 1); cependant, pour évaluer la productivité des facteurs, nous nous heurtons à l'impossibilité d'une mesure synthétique de la production hospitalière. Si l'on peut dire qu'entre 1970 et 1975 le volume des facteurs de production s'est en moyenne accru de 8,9% par an et qu'il a eu comme contrepartie des accroissements annuels de :

- 1,7% du nombre de journées,
- 6,3% du nombre des entrées,
- 11,5% du nombre des consultations,
- 13,18% du volume des soins facturés,

on ne peut faire correspondre à l'accroissement du volume des facteurs de production une croissance du volume de la production sans hypothèse supplémentaire.

On peut, par contre, établir des ratios *facteurs de production/production en quantité*, et suivre leur évolution. Nous choisirons comme période de référence 1970-1975.

Facteurs de production par journée et par hospitalisation

— Les effectifs totaux de *personnels par lit* du secteur hôpital se sont élevés de 0,90 en 1965 à 1,63 en 1976, le taux d'accroissement annuel moyen étant de 5,1%.

— Pour avoir un indicateur de la progression de l'utilisation des personnels dans la production hospitalière, on considère le rapport :

$$\frac{\text{Effectifs de personnels} \times 365}{\text{Nombre de journées}}$$

Ce rapport a doublé depuis 1964 et a atteint 2,2 en 1976. Dans l'interprétation de ces chiffres, il faut bien tenir compte du fait qu'une partie du personnel est occupée à la production des consultations externes, à la recherche...

Par comparaison :

— dans les CHU, le ratio des effectifs de personnel par malade, égal à 2,37 en 1975, était supérieur de 16% à celui obtenu pour l'ensemble des hôpitaux généraux;

— aux U.S.A., dans les hôpitaux de court séjour, ce ratio était égal à 2,5 en 1965 et à 3,5 en 1976 (+60% par rapport à la moyenne des hôpitaux français).

La croissance des effectifs de personnels par malade est un indicateur de l'accroissement du volume total des facteurs mis en œuvre pour assurer l'hébergement et les soins des malades; elle découle en partie des mesures administratives prises pour améliorer les conditions de travail du personnel, telles que le retour au service de 40 heures à partir de 1969 et la généralisation d'un congé hebdomadaire de 2 jours consécutifs. Le nombre d'heures effectivement travaillées a donc crû moins rapidement que les effectifs de personnels.

Entre 1970 et 1975, le ratio :

$$\frac{\text{Effectifs de personnels}}{\text{malade-an}}$$

s'est donc accru de 4,9% en moyenne par an et le ratio :

$$\frac{\text{Volume de production}}{\text{journée}}$$

s'est accru plus rapidement au rythme de 7,1% par an.

C'est en contrepartie de ces accroissements que la durée de séjour s'est réduite, que le nombre de consultants externes par journée s'est accru et que le volume total des soins facturés, rapporté au nombre de journées, a augmenté.

3. ÉVOLUTION DES PRIX HOSPITALIERS

3.1. Les prix de journée

Dans les établissements hospitaliers publics, le prix de journée est fixé de la façon suivante : la direction de l'hôpital établit des prévisions de dépenses et des prévisions de nombre de journées pour l'année à venir en fonction des budgets et de l'activité des années passées; elle calcule le prix de journée prévisionnel en effectuant le quotient des dépenses par le nombre de journées ainsi obtenu. Ce prix est soumis à l'autorité préfectorale pour approbation. Il est révisable au cours de l'année dans certaines conditions.

L'évolution des prix moyens de journée peut être appréhendée à partir des statistiques de prestations des régimes de Sécurité sociale ⁽¹⁾ d'une part et, pour le seul secteur public, à partir du suivi d'un échantillon d'établissements ⁽²⁾ d'autre part.

(1) Régime général et Mutualité agricole.

(2) A partir d'un échantillon d'hôpitaux publics, le C.R.E.D.O.C. calcule annuellement depuis 1968 des prix moyens de journée pour les différents types d'hôpitaux publics (général, antituberculeux, psychiatriques), les différentes catégories d'établissements (CHU, CH, H, HR), les différents services (médecine, chirurgie, maternité, spécialités coûteuses, convalescence).

L'évolution des prix de journée sur moyenne période (1965-1976), est retracée de façon très voisine par les trois types de statistiques puisque le taux d'accroissement annuel moyen est légèrement supérieur à 16 % (1).

Le prix moyen de journée à l'hôpital public est passé de 53,6 F en 1965 à 296,1 F en 1976; il présente d'assez grandes différences selon le type et la catégorie d'hôpital, variant en 1976 de 150 F dans les hôpitaux antituberculeux à 201,4 F dans les établissements psychiatriques, 259,6 F dans les hôpitaux, 314,8 F dans les centres hospitaliers et 479,3 F dans les CHU.

D'après les données de Sécurité sociale, il apparaît que les prix de journée sont dans l'ensemble plus élevés dans le secteur public que dans le secteur privé; cependant, si la différence est accentuée pour les hôpitaux généraux, elle est faible pour les hôpitaux psychiatriques et même elle change de sens pour les établissements antituberculeux.

TABLEAU VIII
Prix de journée hospitaliers, 1977. (en francs)

	Secteur public	Secteur privé
Établissements généraux.....	401,3	221,0
Établissements antituberculeux.....	164,0	185,6
Établissements psychiatriques.....	213,1	198,4
Autres établissements.....	198,2	165,1
Ensemble.....	337,9	192,6
Source C.N.A.M.T.S.		

Les moyennes présentées agrègent des situations très différentes quant aux structures par établissements différemment équipés, par type de services, par type de malades. Par ailleurs, le secteur public et le secteur privé, même lorsqu'ils ont des activités de soins comparables, assurent d'autres services bien différenciés :

- le secteur privé offre au malade le choix de son médecin, mais se réserve la possibilité de sélectionner les cas;
- le secteur public a certaines obligations dans le cadre de sa mission de service public : accueil de tous les malades, permanence de garde, recherche médicale, enseignement.

De plus, la ventilation du coût total entre honoraires et frais de séjours obéit à des règles différentes dans les deux secteurs, les frais de séjour couvrant une plus grande partie des soins pour l'hospitalisation publique.

L'augmentation des prix de journée a été plus rapide pour le secteur public que pour le secteur privé (tableau IX). Entre 1965 et 1976, le taux d'accroissement annuel moyen a été de 16,3% pour le premier et de 14,6% pour le second.

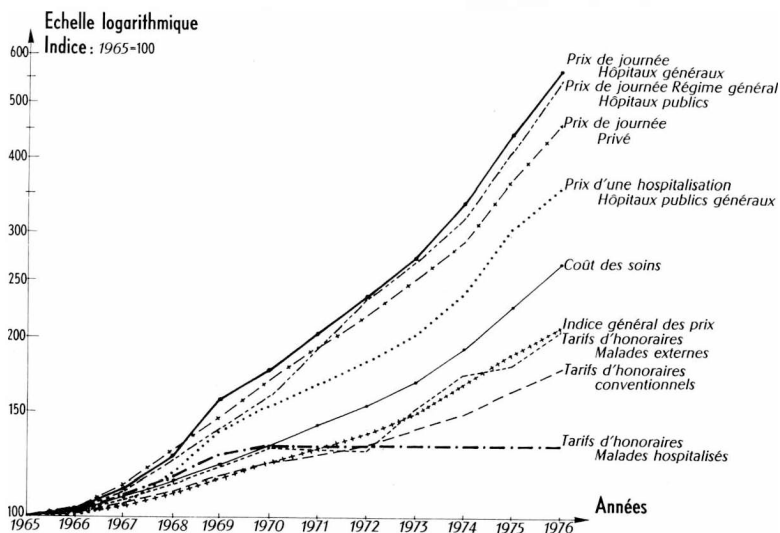
(1) 16,3% pour le Régime général, 16,5% dans la Mutualité agricole, 16,8% pour les hôpitaux de l'échantillon.

Pour interpréter cette différence, il faut tenir compte du fait que l'amélioration de la qualité de l'hébergement et des soins n'a pas été identique dans les deux secteurs et que la tarification des honoraires n'a pas évolué au même rythme pour les médecins libéraux et pour les soins hospitaliers.

L'évolution du prix de la journée d'hospitalisation apparaît toujours supérieure à celle de l'indice des prix ; ainsi, entre 1972 et 1977, pour une croissance annuelle moyenne de 22,6 % de sa valeur nominale, le prix moyen de journée s'est élevé de 10,3 % par an par rapport à l'indice général des prix.

GRAPHIQUE 3

Évolution des prix et tarifs de l'hospitalisation 1965-1976



Ces chiffres montrent donc que le prix moyen de journée dans les hôpitaux a connu une croissance très rapide. Cependant, nous avons vu que la journée d'hospitalisation ne pouvait être considérée comme une unité de la production hospitalière, stable dans le temps. *L'accroissement du prix de journée est un mauvais indicateur de l'évolution des prix hospitaliers* dans la mesure où il traduit en partie la modification du « contenu » de la journée. En effet, à une journée d'hospitalisation, correspond un ensemble des services hôteliers et médicaux à propos desquels tous les éléments dont on dispose permettent d'affirmer qu'ils ont été variables au cours du temps.

Ce phénomène est certainement dû :

- à l'évolution générale du niveau de vie moyen de la population qui contribue à créer une demande de confort de la part des malades ;
- à la mise en œuvre des nouvelles techniques hôtelières et administratives ;
- surtout à l'évolution générale des techniques de soins qui mettent à la disposition des médecins de plus grandes possibilités diagnostiques et thérapeutiques.

TABLEAU IX

Période	Taux d'accroissement annuel des prix de journée						Taux d'accroissement annuel du prix par admission
	Secteur privé		Secteur public				Échantillon hôpitaux généraux ⁽¹⁾
	Régime général	Régimes agricoles ASA + AMEXA	Régime général	Régimes agricoles ASA + AMEXA	Échantillon	Échantillon hôpitaux généraux	
1965-1970.....	11,2	12,0	9,7	12,0	11,7	12,0	8,9
1974-1977.....	21,7	—	26,2	—	—	—	—
1970-1976.....	17,5	17,0	22,2	20,4	21,2	20,9	15,0
1965-1976.....	14,6	14,7	16,3	16,5	16,8	16,8	12,2

(¹) Le prix par admission est obtenu en multipliant le prix de journée de l'échantillon par la durée de séjour.

Ainsi, par exemple, on sait qu'un certain nombre d'hospitalisations de courte durée correspondent à des malades soumis de façon intensive à une batterie d'examen, substituant alors des soins hospitaliers plus rapides à des soins ambulatoires répartis sur une plus longue période. Inversement, la médecine ambulatoire, du fait du développement de certaines thérapeutiques, peut prendre en charge certains malades autrefois hospitalisés et contribue ainsi à modifier les caractéristiques des malades dans les hôpitaux.

3.2. Les tarifs d'honoraires

Certains examens diagnostics (radiologie, analyses) et certains traitements (chirurgie, services de masseurs) sont facturés aux malades en fonction des quantités consommées et des tarifs admis par la Sécurité sociale pour les différentes lettres-clés.

Les tarifs appliqués aux différentes lettres-clés diffèrent selon que l'hôpital est public ou privé, et à l'hôpital public, ils diffèrent pour les malades externes ou les malades hospitalisés⁽¹⁾. Les tarifs appliqués à l'hôpital public sont toujours inférieurs aux tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale; l'écart est particulièrement marqué — et il s'est creusé au cours de la période 1970-1977 — pour les honoraires facturés aux malades hospitalisés.

Pour retracer l'évolution des tarifs appliqués par les établissements hospitaliers, nous avons construit des indices synthétiques [5] en pondérant les tarifs appliqués à chaque type de soins par les poids respectifs de ces soins dans les quatre agrégats suivants :

- malades hospitalisés dans les cliniques privées;
- malades hospitalisés dans les hôpitaux publics;
- malades externes des hôpitaux publics;
- ensemble des malades des hôpitaux publics.

Les résultats montrent que :

— dans tous les cas, sur la période 1970-1977, *les indices de tarifs se sont accrus moins vite que l'indice général des prix*;

— l'évolution a été plus rapide pour les soins aux malades externes (7,8 % par an entre 1970 et 1977, contre 6,2 pour les tarifs conventionnels et 0,14 % pour les soins aux malades hospitalisés). Cependant, compte tenu de la différence importante (24 %) existant en 1972, les tarifs appliqués aux malades externes restent en 1977 inférieurs de 10 % aux tarifs conventionnels.

Les tarifs des soins aux malades hospitalisés sont restés stables entre 1970 et 1977 à la seule exception des actes de radiologie qui fluctuent en fonction de la variation de la majoration appliquée à certains praticiens (radiologues, gastro-entérologues). Ainsi, alors qu'en moyenne, en 1970, les tarifs aux malades hospitalisés représentaient un tiers des tarifs conventionnels, en 1975 ils en représentaient un cinquième.

(1) Les tarifs diffèrent aussi selon le type d'hôpital.

La comparaison des prix de revient et des tarifs appliqués aux trois lettres-clés B, K, Z, montre que :

— pour les malades hospitalisés, les tarifs appliqués relatifs aux trois lettres-clés B, K, Z, sont nettement inférieurs de 1973 à 1975 aux prix de revient, l'écart étant particulièrement important pour le K. Cet écart va en s'accroissant avec les années puisque le prix de revient s'accroît pendant la période considérée, tandis que les tarifs applicables aux malades hospitalisés restent constants.

TABLEAU X

Comparaison des prix de revient et des tarifs appliqués

(en francs)

	Lettres-clés	1973	1974	1975
Prix de revient	B	0,35	0,38	0,43
Tarif malades hospitalisés				
Tarif consultants externes				
Prix de revient	K	6,85	7,06	8,26
Tarif malades hospitalisés				
Tarif consultants externes				
Prix de revient	Z	2,47	2,81	3,31
Tarif malades hospitalisés				
Tarif consultants externes				
Source : Cellule d'Analyse de Gestion.				

— pour les *consultants externes*, le tarif de la lettre K applicable est nettement inférieur au prix de revient, d'où déficit certain pour l'hôpital. Pour les actes de laboratoire et de radiologie, par contre, les prix de revient semblent inférieurs aux tarifs demandés, mais il faudrait de façon rigoureuse tenir compte du fait que ces prix de revient sont des estimations par défaut puisqu'ils n'incluent pas le virement des sections auxiliaires.

Ces écarts entre prix de revient et tarifs conduisent les hôpitaux publics à répercuter la partie du coût non couverte par le tarif sur les prix de journée.

3.2.1. Incidence de la tarification des honoraires sur le montant des frais de séjour

Sur moyenne période (3 à 5 ans), on peut dire que les prix de journée sont tels que les frais de séjour, s'ajoutant aux autres produits de l'hôpital, les recettes de l'hôpital équilibrent les dépenses. Par conséquent, pour des charges fixées, le montant des frais de séjour dépend de la valeur des autres produits, et par conséquent les prix de journée ⁽¹⁾ varient en sens inverse de la valeur des produits autres que les journées; ils sont donc étroitement dépendants des tarifs appliqués pour la vente de ceux-ci.

(1) Pour un nombre fixé de journées.

Dans ce paragraphe nous cherchons à éclairer ce point en nous limitant faute de données plus complètes au champ constitué par les produits suivants : frais de séjour, soins facturés aux malades hospitalisés, soins facturés aux consultants externes (1). Pour cela, nous avons calculé quel serait le montant des frais de séjour qui permettrait d'équilibrer les dépenses et les recettes dans l'hypothèse où :

- la production (nombre de journées et de lettres-clés) resterait constante;
- les tarifs appliqués pour la facturation des lettres-clés seraient égaux à ceux pratiqués par le secteur conventionné;
- les tarifs appliqués seraient égaux aux prix de revient.

Le cas de l'année 1972 : tarifs hospitaliers égaux aux tarifs de responsabilité :

Pour 1972 par rapport aux tarifs pratiqués dans le secteur conventionné (100), les tarifs des soins aux malades hospitalisés sont à l'indice 29 et ceux appliqués aux consultants externes à l'indice 75. C'est-à-dire que, dans l'hypothèse de l'application des tarifs conventionnels pour les hôpitaux publics, les recettes de l'hôpital correspondant aux soins facturés aux malades hospitalisés seraient multipliées par 3,4; celles correspondant aux soins aux malades externes seraient majorés de 32%. Le calcul montre alors que pour des charges identiques et pour un même nombre de journées, l'équilibre recettes/charges serait atteint avec des prix de journée inférieurs de 25%.

TABLEAU XI

Structure des recettes dans l'hypothèse de tarifs égaux aux tarifs conventionnels

	Avec tarifs hospitaliers	Avec tarifs conventionnels	
	Structure des recettes	Rapport aux tarifs hospitaliers	Structure des recettes
1. Charges = recettes.....	100,0	1,00	100,0
2. Soins aux malades hospitalisés.....	8,8	3,40	29,9
3. Soins aux malades externes.....	3,5	1,32	4,6
4. Frais de séjour : 1-2-3.....	87,7	0,75	65,5

Dans cette hypothèse, la structure des recettes se modifierait, la part des frais de séjour baissant à 65,5% au lieu de 87,7% et la part des soins s'accroissant à 29,9% pour les malades hospitalisés au lieu de 8,8% et à 4,6% au lieu de 3,5% pour les malades externes.

(1) Cet ensemble constitue une proportion très élevée (probablement plus de 90%, des produits du secteur hôpital des hôpitaux généraux publics.

Malades hospitalisés. Incidence de l'écart entre les prix de revient et les tarifs 1973-1975,

Si les hôpitaux étaient admis à facturer les soins aux malades hospitalisés selon les tarifs égaux aux prix de revient (statistiques de la Cellule d'Analyse de Gestion), le calcul (tableau XII) montre que l'équilibre financier des hôpitaux publics aurait été atteint avec des prix de journée inférieurs de 9,7% en 1973, 10,3% en 1974, 11,5% en 1975. Ces chiffres sont des sous-estimations puisque les prix de revient utilisés sont eux-mêmes inférieurs aux prix de revient réels.

TABLEAU XII
Nombre d'actes effectués et écarts de prix entre tarifs
et prix de revient (malades hospitalisés).

	B	K	Z	Valeur de l'écart (MF)	Pour-cent des frais de séjours
1973 {					
{ Nombre 10 ⁶	1 822,9	168,2	173,6	1 176	9,7
{ Écart de prix (F) ⁽¹⁾	0,14	4,91	0,55	-	-
1974 {					
{ Nombre 10 ⁶	2 144	192,2	199,5	1 531	10,3
{ Écart de prix (F) ⁽¹⁾	0,17	5,12	0,92	-	-
1975 {					
{ Nombre 10 ⁶	2 524	219,8	229	2 285	11,5
{ Écart de prix (F) ⁽¹⁾	0,22	6,32	1,49	-	-
⁽¹⁾ Prix de revient moins tarif.					

3.2.2. Incidence de l'évolution de la tarification des honoraires sur l'évolution des prix de journée

On peut se demander dans quelle mesure la quasi-stabilité des tarifs admis pour facturer les soins aux malades hospitalisés a entraîné en propre un certain accroissement des prix de journée destiné à rééquilibrer les charges et les recettes; on peut se poser la question : si les tarifs d'honoraires pour les malades hospitalisés s'étaient accrus plus rapidement (comme les tarifs conventionnels, ou le coût de la vie en général, ou les coûts de production par exemple), les prix de journée auraient-ils augmenté moins vite ?

Un calcul simple montre que si les tarifs d'honoraires s'étaient accrus comme l'indice général des prix, pour assurer l'équilibre du budget de l'hôpital, les prix de journées auraient dû, entre 1970 et 1975, s'accroître en moyenne de 18,7% par an, au lieu des 19,8% réellement observés.

3.3. Frais de séjour par hospitalisation

Le montant des frais de séjour par hospitalisation est obtenu en multipliant le prix de journée par la durée moyenne de séjour. Ainsi, compte tenu de la baisse de la durée de séjour, l'évolution des frais de séjour par hospitalisation a été moins rapide que celle du prix moyen de journée. En 1965, les frais de séjour payés par hospitalisation s'élevaient en moyenne à 1 376 F pour le

secteur hôpital; en 1976, ils atteignaient 4 879 F; entre 1965 et 1976, l'évolution est donc caractérisée par un taux d'accroissement annuel moyen de 12,2% en prix courant et de 5,0% à prix constant.

Le prix du séjour est moins variable selon les types d'hôpitaux que ne le sont les prix de journée (tableau XIII). Ainsi, en 1975, le prix de journée dans les CHU était supérieur de 89% au prix moyen de journée dans les H, alors que l'écart s'abaissait à 58% pour le prix du séjour.

TABLEAU XIII
Hôpitaux généraux publics.
Frais de séjour par journée et par hospitalisation.
1975

Type d'établissements	Prix moyen de journée		Prix moyen de séjour	
	Francs	Indice	Francs	Indice
CHU.....	379,99	134	4 939,9	119
CH.....	253,30	89	3 521,1	85
H.....	201,10	71	3 118,4	75
Ensemble.....	283,72	100	4 142,0	100

Les deux résultats — hausse moindre pour le prix du séjour que pour le prix de journée et moindres différences entre hôpitaux — reflètent en partie le fait que certains coûts hospitaliers proportionnels aux nombres de journées passées (dépenses hôtelières, certains soins de surveillance élémentaire) diminuent proportionnellement à la durée des séjours; par contre, la concentration de certains soins ou diagnostics sur une période plus brève est de nature à accroître le coût de production d'une unité de soins (plus de personnels et d'organisation pour économiser en contrepartie le temps des malades et le temps d'occupation des lits).

3.4. L'influence de la baisse des durées de séjour sur le prix de journée

Les données de la Cellule d'Analyse de Gestion permettent de ventiler les dépenses, par entrée et par journée, d'un certain nombre de services des établissements enquêtés en trois composantes :

- dépenses de soins : coûts du personnel médical + actes techniques + pharmacie;
- dépenses d'hébergement;
- dépenses d'administration.

La dépense de soins par entrée représente le coût de l'ensemble des dépenses médicales : soins d'infirmières, rémunération des médecins, coût des actes de laboratoires, de radiologie, de chirurgie, coût des produits pharmaceutiques

et du personnel de pharmacie. On peut considérer que cet ensemble de caractère médical dépend de la nature des maladies traitées et *ne dépend pas de la durée de séjour*, mais représente un coût fixe; cela revient à dire qu'il faut tant de temps de médecins de telle spécialité, tant de temps d'infirmières, d'actes, d'examen et de produits pour soigner telle maladie; c'est donc un coût par entrée, fonction de la maladie. Il en est de même pour la dépense d'administration qui peut être mesurée par entrée, plus que par journée. Dès lors, l'ensemble des dépenses de soins et des dépenses d'administration peut être fixé, une année donnée, à tel montant, celui-ci devant être réparti sur un certain nombre de jours.

La dépense d'hébergement, regroupant la dépense de personnel non médical et les dépenses de biens consommés (linge, alimentation, chauffage, produits d'entretien, petit matériel...), est par contre proportionnelle au nombre de jours.

On peut donc exprimer le prix de revient de la journée de la façon suivante :

$$P_J = (P_S + A)/d + H$$

où : P_S , dépense de soins par entrée; A , dépense d'administration par entrée; H , dépense d'hébergement par journée; d , durée de séjour; P_J , prix de revient de la journée.

En appliquant cette formule donnant le prix de revient de la journée en fonction de la durée de séjour aux données de l'enquête de la Cellule d'Analyse de Gestion en 1975, on peut mesurer l'influence d'une baisse de durée de séjour de 4% par an, égale à l'évolution réelle observée, sur le prix de journée.

En utilisant les données de l'enquête, on obtient :

- pour les CHU, $P_J = 1920/d + 115$ F;
- pour les CH, $P_J = 1677/d + 102$ F,

la hausse des prix de journée étant alors égale aux pourcentages suivants :

(en %)

Durée de séjour	Effet d'une baisse de 4% de la durée de séjour sur le prix de journée	
	CHU	CH
9 jours.....	+2,7	-
10 jours.....	+2,6	+2,6
11 jours.....	+2,5	+2,5
12 jours.....	-	+2,4

Même s'il ne s'agit que d'un exemple — très proche de la réalité d'ailleurs —, il montre que l'accroissement mécanique du prix de journée résultant d'une baisse de la durée de séjour est, dans les conditions actuelles, voisin de 2 à 3%. On notera que dans les circulaires du Ministère, il est prévu d'augmenter les prix de journée lorsque la durée de séjour baisse, mais la hausse autorisée semble être inférieure à ce qu'elle devrait être.

CONCLUSIONS

La croissance soutenue de l'activité hospitalière, au cours des dernières années, a fait de l'hospitalisation un secteur économique important tant du point de vue des sommes en jeu que lorsque l'on se réfère à une politique de l'emploi.

Si l'évaluation des coûts hospitaliers a permis d'appréhender leur progression, si l'analyse a bien montré en contrepartie l'augmentation de la production marchande des hôpitaux, il s'est par contre avéré impossible de mesurer à l'heure actuelle cette production en unités de signification stable dans le temps.

Dès lors, l'évolution du coût global de l'hospitalisation ne peut pas être relié de façon rigoureuse à l'évolution du volume de la production d'une part, et à la progression des prix d'autre part.

L'analyse a montré d'une part que les séjours à l'hôpital comportant plus de soins concentrés sur une plus courte période se déroulent dans des conditions plus confortables; d'autre part, que les soins aux malades externes occupent une place croissante dans la production des hôpitaux contribuant à l'évolution des besoins de la clientèle hospitalière vers plus d'examens diagnostics et des séjours plus courts.

Ces modifications de la production hospitalière ont été accompagnées d'un accroissement des facteurs de production : plus d'équipements techniques, plus de personnels et aussi plus de biens et services intermédiaires. Les évolutions, pour les personnels et les autres facteurs, ont été parallèles et il semble bien que dans le secteur hospitalier on ne puisse observer de substitution significative entre le capital et le travail.

Ces caractéristiques de l'hospitalisation se retrouvent dans de nombreux pays : elles correspondent au développement des techniques de soins et de diagnostics dont le public désire bénéficier et que le corps médical souhaite appliquer.

Dans le cas de l'hospitalisation, le financement par les assurances sociales annule, ou presque, le rôle des prix en tant que freins à la demande; dans le système actuel, les investissements et les frais d'exploitation qu'ils suscitent sont automatiquement un facteur d'accroissement des coûts hospitaliers dont on peut donc prévoir la progression pour les années futures.

La limitation de la croissance des coûts hospitaliers à un taux prédéterminé impliquerait qu'on limite surtout la progression des facteurs de production puisque le coût de ces facteurs dépend du contexte économique général. Opter pour un taux d'accroissement de la dépense hospitalière reviendrait donc indirectement à fixer un taux de progression pour la production hospitalière.

Données statistiques

L'étude est basée sur les principales sources statistiques suivantes :

1. *La Comptabilité Publique* fournit :

Les statistiques des comptes des hôpitaux publics qui donnent pour chaque année et en détail d'une part les dépenses de fonctionnement et les dépenses d'investissement, d'autre part les recettes des hôpitaux.

2. *Les statistiques du Ministère de la Santé* fournissent pour les hôpitaux publics :

- les nombres d'entrées;
- les nombres de journées;
- la durée de séjour;
- les effectifs de personnels par catégorie;
- les nombres de lits;
- les nombres de lettres-clés B, K, Z, AM correspondant aux actes faits aux malades hospitalisés et aux consultants externes.

Les tarifs des lettres-clés B, K, Z, AM applicables aux malades hospitalisés et aux consultants externes sont disponibles pour chaque année (C.N.A.M.T.S.).

3. *Le C.R.E.D.O.C.* élabore :

- les Comptes nationaux de la Santé qui indiquent les frais de séjour et les honoraires pour les secteurs publics et privés séparément;
- les prix de journée obtenus à partir d'un échantillon d'hôpitaux publics.

4. *La Cellule d'Analyse de Gestion de la Direction des hôpitaux, du Ministère de la Santé* fournit :

- des données sur les dépenses de soins, d'hébergement, d'administration, d'un échantillon d'hôpitaux. Les calculs sont effectués par le C.R.E.D.O.C.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Assistance publique. Hôpitaux de Paris, *Statistiques d'activité et prix de revient* (différentes années).
- [2] BRUNET-JAILLY (J.), HUARD (P.) et LIESS (M.), *Le coût de la maladie en milieu hospitalier*, L.E.S.T., 1975.
- [3] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.), *Sondage au 1/60^e*, 1972.
- [4] CHALAVET (S.), *Le prix de revient hospitalier*, Collection Économie et Santé, Éditions médicales et universitaires, 1975.
- [5] CLAPIER (P.) et DURIEZ (M.), *Comptes Nationaux de la Santé, Les indices de prix de la consommation (tarifs d'honoraires) (1970-1977)*, C.R.E.D.O.C., décembre 1977.
- [6] DURIEZ (M.) et FOULON (A.), *Comptes Nationaux de la Santé, Rapport C.R.E.D.O.C., 1970 à 1977*.
- [7] FAURE (H.) et TONNELIER (F.), *Projections de la production et de la consommation des services d'hospitalisation. VII^e Plan, 1975-1980*, C.R.E.D.O.C., 1975.

- [8] FELDSTEIN (M.), *The quality of hospital services. An analysis of geographic variations and intertemporal change*, 1974, in *The Economics of Health and Medical Care*, Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo. Edited by Mark Perlman.
- [9] FOULON (A.) et MATTHYS (M.), *Comptes Nationaux de la Santé. Les prix des biens et des services médicaux*, III, *Le prix de journée des hôpitaux publics 1968-1974 et 1950-1974*, C.R.E.D.O.C., décembre 1975.
- [10] GADREAU (M.), *La tarification hospitalière*, Collection Économie et Santé, Éditions médicales et universitaires, 1975.
- [11] LEVY (E.), *Introduction à la gestion hospitalière*, Bordas, 1977.
- [12] Ministère de la Santé, *Données de la Cellule d'Analyse de Gestion*, Direction des hôpitaux.
- [13] Ministère de l'Économie et des Finances, Direction de la Comptabilité publique, *Statistiques des comptes des Hôpitaux publics (1975 et années antérieures)*.
- [14] Ministère de la Santé. Santé et Sécurité sociale, *statistiques et commentaires*, divers numéros.
- [15] MIZRAHI (A.) et (A.) et SANDIER (S.), *Comparaison des prix et des tarifs des services médicaux*, Consommation, n° 4, 1975.
- [16] SANDIER (S.) et THAURONT (A.), Tome I. *Les consommations médicales des personnes protégées par les assurances sociales agricoles et l'assurance maladie des exploitants agricoles*, 1965-1973, C.R.E.D.O.C., mars 1976; Tome II. *Rapport annexe : tableaux statistiques*, C.R.E.D.O.C., mars 1976.
- [17] ZUBKOFF (M.), RASKIN (I.) et HANET (R.), *Hospital cost containment selected notes for future policy*, Prodist New York, 1978.

*

**

Annexe I

Secteur hospitalier public ⁽¹⁾. Structure des charges de fonctionnement.

(en %)

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Frais de personnel.....	58,93	59,13	57,05	57,41	59,91	60,20	61,74
Alimentation.....	8,86	8,14	7,22	7,11	7,19	6,54	5,94
Pharmacie.....	7,50	6,99	6,58	6,61	6,48	5,81	5,12
Matières consommables....	4,94	4,85	4,74	4,77	4,86	5,24	5,04
Autres fournitures et services.	9,50	10,41	11,83	12,11	11,32	10,48	10,28
Frais généraux. Transports..	2,00	1,99	3,62	3,33	3,04	2,87	3,00
Intérêts des emprunts.....	1,15	1,19	1,14	1,22	1,37	1,28	1,29
Autres charges de fonctionnement.....	7,12	7,30	7,82	7,44	5,83	7,58	7,59
Ensemble charges de fonctionnement.....	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(¹) Y compris hospices.

Source : Comptabilité publique.

Annexe II
Coûts des facteurs de production.

Années	Indice général des prix	Coûts nominaux		Coûts relatifs à l'indice général des prix			
		Indice		Indice		Accroissement annuel $t/t-1$	
		Coût personnel (¹)	Coût des facteurs (²)	Coût personnel	Coût des facteurs	Coût personnel	Coût des facteurs
1965	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-
1966	102,7	104,1	103,3	101,4	100,6	1,4	0,6
1967	105,5	108,8	106,8	103,1	101,2	1,7	0,6
1968	110,3	120,9	114,5	109,6	103,8	6,3	2,6
1969	117,4	131,2	122,9	111,8	104,7	2,0	0,9
1970	123,4	142,9	131,2	115,8	106,3	3,6	1,5
1971	130,3	157,9	142,6	121,2	109,4	4,7	2,9
1972	138,3	170,8	152,8	123,5	110,5	1,9	1,0
1973	148,5	193,1	169,2	130,0	113,9	5,3	1,1
1974	168,9	215,9	189,6	127,8	112,3	-1,7	-1,4
1975	188,7	261,7	225,1	138,7	119,3	8,5	6,2
1976	206,7	311,5	262,5	150,7	127,0	8,7	6,5
1977	226,2	345,7	290,5	152,8	128,4	1,4	1,1
Accroissements annuels moyens (%)							
1965-1970	4,29	7,40	5,58	2,98	1,23	-	-
1970-1975	8,87	12,86	11,40	3,67	2,33	-	-
1974-1977	10,24	16,99	15,28	6,14	4,57	-	-
1965-1977	7,04	10,89	9,29	3,60	2,11	-	-

(¹) De 1965 à 1970, indice des traitements de la fonction publique; de 1970 à 1976, indice calculé par le Ministère de la Santé; pour 1977, estimation C.R.E.D.O.C.

(²) Entre 1965 et 1970, pondération de l'indice d'accroissement des coûts de personnels (0,60) et de l'indice général des prix (0,40); entre 1970 et 1977, indice calculé par l'I.N.S.E.E.

Annexe III

Durée de séjour dans les hôpitaux généraux publics.

Années	Court séjour	Secteur hôpital
1961.....	20,0	22,8
1962.....	19,8	22,6
1963.....	19,4	22,0
1964.....	19,0	21,7
1965.....	18,6	21,1
1966.....	18,1	20,7
1967.....	17,6	20,1
1968.....	17,1	19,6
1969.....	16,4	18,9
1970.....	15,7	18,3
1971.....	14,9	17,3
1972.....	14,2	16,5
1973.....	13,5	15,7
1974.....	12,8	15,0
1975.....	12,4	14,6
1976.....	11,3	13,6

Annexe IV

Évolution du nombre de lettres-clés par journée et par entrée. Malades hospitalisés.

Années	Lettres-clés par journée			Lettres-clés par entrée		
	K	Z	B	K	Z	B
1962.....	0,89	0,82	4,92	20,09	18,96	111,04
1963.....	0,89	0,89	5,21	19,55	19,55	114,46
1964.....	0,96	1,00	6,03	20,87	21,74	131,03
1965.....	1,03	1,07	7,26	21,67	22,48	153,19
1966.....	1,11	1,16	—	22,84	24,04	—
1967.....	1,29	1,35	9,59	28,85	27,11	192,58
1968.....	1,43	1,12	10,63	28,13	21,93	208,74
1969.....	—	—	—	—	—	—
1970.....	1,65	1,67	16,35	30,11	30,59	298,76
1971.....	1,83	1,82	18,67	31,66	31,56	323,72
1972.....	2,10	2,06	21,53	34,78	33,96	355,77
1973.....	2,31	2,39	25,08	36,37	37,54	394,06

Annexe V

Évolution des prix et tarifs de l'hospitalisation.

Années	Prix de journée (F)						Prix par admission (F)
	Secteur privé		Secteur public				
	Régime général	Régimes agricoles ASA + AMEXA	Régime général	Régimes agricoles ASA + AMEXA	Échantillon	Échantillon hôpitaux généraux	Échantillon hôpitaux généraux (1)
1965.....	37,4	35,2	54,4	42,8	53,8	65,2	1 376,4
1966.....	39,1	37,6	55,8	45,7	55,4	67,2	1 391,2
1967.....	42,3	41,3	60,2	48,7	59,0	71,8	1 442,6
1968.....	—	46,9	—	54,8	67,7	82,6	1 619,0
1969.....	—	55,8	—	67,3	83,1	102,6	1 939,3
1970.....	63,6	62,1	86,5	75,4	93,5	115,0	2 104,5
1971.....	—	68,3	—	83,9	109,1	132,8	2 297,6
1972.....	82,0	76,1	124,9	98,8	124,6	151,7	2 503,1
1973.....	93,5	86,7	143,1	114,2	143,9	175,3	2 752,1
1974.....	108,2	101,9	171,0	136,0	177,6	215,4	3 230,3
1975.....	136,1	127,9	220,8	176,8	236,0	283,7	4 142,3
1976.....	167,6	159,0	287,6	229,9	296,1	358,8	4 879,3
1977.....	194,9	—	343,6	n. d.	n. d.	n. d.	—
Taux d'accroissement annuel moyen							(en %)
1965-1970.....	11,2	12,0	9,7	12,0	11,7	12,0	8,9
1974-1977.....	21,7	—	26,2	—	—	—	—
1970-1976.....	17,5	17,0	22,2	20,4	21,2	20,9	15,0
1965-1976.....	14,6	14,7	16,3	16,5	16,8	16,8	12,2
(1) Le prix par admission est obtenu en multipliant le prix de journée par la durée de séjour.							

Annexe VI

Indices synthétiques des soins dans les cliniques privées et les hôpitaux publics.

1965-1977
(1965 = 100)

	Secteur hospitalier privé	Secteur public		
	Tarifs conventionnels	Malades hospitalisés	Malades externes	Ensemble des malades
1965.....	100	100	100	100
1966.....	103,0	102,6	103,0	103,0
1967.....	107,1	110,1	108,3	109,6
1968.....	110,5	117,4	114,4	116,3
1969.....	118,1	126,2	123,6	125,5
1970.....	123,0	131,4	129,5	130,8
1971.....	129,3	131,7	129,8	131,1
1972.....	133,0	132,7	130,4	132,0
1973.....	140,1	133,3	149,3	138,1
1974.....	147,8	133,2	173,1	145,2
1975.....	163,5	132,8	179,6	146,9
1976.....	177,9	133,8	203,0	154,4
1977.....	186,9	132,6	218,8	158,6
Accroissements annuels moyens				
1965-1970.....	4,23	5,61	5,31	5,52
1970-1975.....	5,85	0,22	6,76	2,35
1974-1977.....	8,14	-0,13	8,12	3,00
1970-1977.....	6,15	+0,14	7,78	2,80