

10-4

EVOLUTION RECENTE DES DEPENSES HOSPITALIERES EN ALLEMAGNE

En Allemagne, les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie publique¹ progressent en moyenne de 2,6% par an sur la période 2005-2008 alors que les dépenses totales d'assurance maladie augmentent de 3,7% (figure 1). Cette évolution intervient alors que l'Allemagne est passée à un système de tarification à l'activité depuis 2004 pour mieux encadrer les dépenses des établissements de santé.

Une croissance modérée des dépenses hospitalières au cours de ces dernières années en lien avec d'importantes restructurations

En Allemagne, le financement des établissements de santé est dual: les Länder (Etats fédérés) financent les dépenses d'investissement et les caisses d'assurance maladie prennent en charge les coûts de fonctionnement (soins, frais de personnel, charges de gestion courante) (encadré 1). La croissance modérée des dépenses hospitalières des caisses d'assurance maladie au cours de ces dernières années, particulièrement faible en 2007 (+1,0%), est à mettre en relation avec le mode d'encadrement des dépenses des hôpitaux mais surtout avec l'importante restructuration en cours du secteur hospitalier allemand.

Une forte restructuration du secteur hospitalier avec des transferts d'activité vers le secteur privé

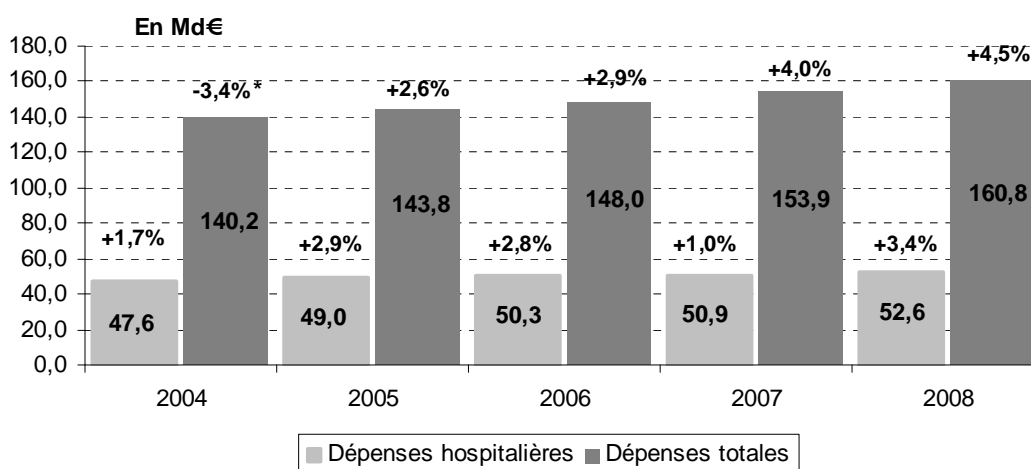
En cas de déséquilibre budgétaire persistant, la tutelle (Land) peut négocier avec l'établissement de santé un plan de restructuration de ses activités en supprimant les activités non rentables, en fusionnant certaines activités avec celles d'un autre hôpital, en transférant la gestion de cet hôpital vers le secteur privé, en accordant une aide exceptionnelle (si cet hôpital se trouve dans une zone isolée) ou encore en décidant de la fermeture de l'hôpital. Les établissements de santé sont incités à respecter leur budget (cf. infra), ce qui les conduit souvent à engager de leur propre initiative des démarches de restructuration telles que la mise en place d'une organisation en réseaux avec une spécialisation des établissements partenaires par regroupement d'activité.

Depuis la mise en place de la tarification à l'activité, le 1^{er} janvier 2004 - date à laquelle elle est devenue obligatoire pour tous les établissements de médecine, chirurgie et obstétrique -, les restructurations (fermetures, fusions...) ont entraîné une diminution du nombre d'hôpitaux de 2 166 en 2004 à 2 087 en 2007, soit de 4% et le nombre de lits d'hospitalisation s'est réduit de 531 333 à 506 954 (-5%) (tableau 1). Une centaine d'hôpitaux sont passés d'une gestion publique à une gestion privée. Certaines communes en difficulté financière ont dû privatiser leur établissement hospitalier. Le secteur public représente désormais 32% des établissements (50% de la capacité d'accueil), le secteur privé non lucratif 38 % (35% de la capacité) et le privé lucratif 30% (15% des lits)² (figure 2). Une grande partie des établissements publics (53,5%) sont en réalité des groupements public-privé dont la commune ou l'Etat détient au moins 51% des parts. En 2007, l'Allemagne occupe la deuxième place du classement européen pour la part des hôpitaux privés (derrière la France où cette part est plutôt stable).

¹ L'assurance maladie publique appelée *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) couvre environ 70% des dépenses de santé et 90% de la population. Elle est obligatoire pour tout salarié dont les revenus sont inférieurs à 4000€ par mois.

² Source : Office fédéral des statistiques.

Figure 1. Montant et évolution récente des dépenses prises en charge par l'assurance maladie publique allemande



Champ : caisses d'assurance maladie publique, hors établissements médico-sociaux.

*La diminution des dépenses totales en 2004 est liée aux effets de la réforme entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2004 (déremboursement de prestations médicales, ticket modérateur sur les consultations, forfait hospitalier, augmentation de la participation sur les médicaments).

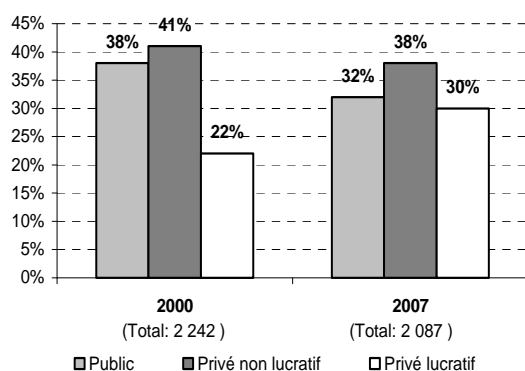
Source : Ministère de la santé allemand.

Tableau 1. Indicateurs d'évolution de l'activité hospitalière (soins aigus) en Allemagne

	2004	2005	2006	2007	Evolution 2004/2007 en %
Nombre d'hôpitaux	2 166	2 139	2 104	2 087	-4%
Nombre de lits	531 333	523 824	510 767	506 954	-5%
Nb lits p. 100 000 hab.	644	635	620	616	-4%
Durée de séjour (en jours)	8,7	8,7	8,5	8,3	-5%
Taux d'occupation (en %)	75,5	74,9	76,3	77,2	2%

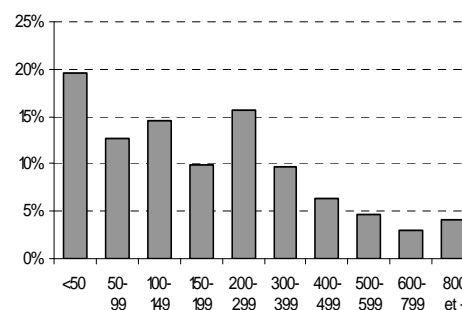
Source: Office fédéral des statistiques, Statistisches Bundesamt 2008, "Krankenhaus landschaft im umbruch".

Figure 2. Répartition des établissements hospitaliers en Allemagne par statut



Source: Office fédéral des statistiques.

Figure 3. Répartition des hôpitaux par nombre de lits en Allemagne



Source: Office fédéral des statistiques.

Des dépenses hospitalières fortement contrôlées et un désengagement progressif des Länder

Même dans le cadre du financement à l'activité, les dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie demeurent encadrées, car les hôpitaux continuent à négocier un taux d'évolution annuel de leur budget avec les caisses d'assurance maladie. Le respect du budget est assuré par un principe de reversement partiel des séjours facturés au-delà des objectifs ou de partage des économies réalisées en deçà. De plus, en Allemagne, comme au Royaume-Uni, les caisses d'assurance maladie, elles-mêmes soumises à un mouvement de restructuration et à de fortes contraintes en matière d'équilibre depuis les réformes de 2004 et 2007, jouent sur la concurrence entre les établissements et les volumes lorsqu'elles achètent les soins, pour réduire les coûts.

Avec le principe de financement dual des dépenses hospitalières et le principe de la « couverture totale des dépenses » mis en place en 1972, les Länder, responsables du financement des investissements et de la planification hospitalière mais pas des dépenses courantes, ont longtemps été incités à développer la capacité hospitalière pour créer des emplois en réponse à la demande locale¹. Cette situation a contribué à la forte densité de lits par rapport aux autres pays européens et au nombre élevé de petits et moyens hôpitaux observés en Allemagne (tableau 1 et figure 3). En 1993, avec le passage du remboursement intégral des dépenses à un système de budgets fixes, les restructurations hospitalières ont commencé car les hôpitaux se sont retrouvés contraints de rationaliser leur offre de soins. Parallèlement, le développement d'une politique visant à développer les soins ambulatoires au sein des hôpitaux les a également incités à diminuer leur capacité d'accueil en termes de lits.

Compte tenu de ces contraintes, la progression du financement par l'assurance maladie des dépenses de fonctionnement a été limitée à 2,3% par an en moyenne sur la période 2005-2007. Les Länder, soumis à des restrictions budgétaires, ont quant à eux revu à la baisse leurs investissements (2,7 Md€ en moyenne par Land en 2006 contre 3,8 Md€ en 1995)². Les communes³ qui finançaient en pratique les investissements non pris en charge par les Länder, ne sont plus en mesure de le faire. Dans ce contexte, la réforme de 2009 vise à éviter l'obsolescence des infrastructures.

La réforme du financement des hôpitaux de mars 2009 : de nouvelles ressources financières et une maîtrise accrue des dépenses

En 2007, un tiers des hôpitaux de soins aigus⁴, soit environ 700 hôpitaux, sont en déficit (50% sont bénéficiaires, 20% en équilibre) selon le rapport annuel sur la situation financière des hôpitaux⁵. L'augmentation des salaires des personnels de santé et une forte inflation du coût de l'énergie seraient en grande partie responsables de cette situation, que l'évolution des tarifs dans le cadre de la tarification à l'activité n'aurait pas suffi à compenser. En 2008, les dépenses hospitalières de l'assurance maladie connaissent une hausse de 3,4%.

La situation devrait cependant s'améliorer en 2009 avec l'apport budgétaire de 3,5 Md€ décidé dans le cadre de la réforme hospitalière du 17 mars 2009 et du plan de relance de l'économie face à la crise qui attribue 1 Md€ aux infrastructures hospitalières. Outre ce relâchement relatif des contraintes budgétaires, la réforme de 2009 prévoit également un système plus rigoureux de gestion de la dépense à moyen terme avec une nouvelle définition des budgets hospitaliers encadrant les dépenses hospitalières (encadré 2).

¹ Source : DEXIA-Hope (2008), « Les Hôpitaux dans les 27 pays de l'Union européenne », juil.

² Source : Descamps (2009), « Suivi de la réforme de l'assurance maladie allemande », Cnamts, mai.

³ La majorité des établissements publics appartient aux communes.

⁴ Cette catégorie correspond aux établissements regroupés sous la dénomination « médecine, chirurgie et obstétrique » (MCO) en France.

⁵ Source : Rapport « Krankenhaus Rating Report », RWI –Admed, 2009. (cf. fiche 10-3 pour une description de la situation financière des établissements en France).

Encadré 1. Le financement des hôpitaux en Allemagne¹

En Allemagne, le système de santé est un système fédéral où les Länder (États fédérés) disposent d'une grande autonomie. Le financement des établissements de santé inscrits au plan hospitalier (établissements de médecine, chirurgie, obstétrique et de psychiatrie, soit environ 1 700 établissements) est dual : les infrastructures hospitalières (dépenses d'investissement) sont financées par l'Etat via les Länder, tandis que les dépenses courantes (salaires, soins, entretien...) sont prises en charge par les caisses publiques d'assurance maladie. Les établissements publics et les cliniques privées obéissent aux mêmes modes et règles de financement.

Les Länder, responsables de la planification hospitalière (nombre de lits, orientation par spécialité médicale, inscription d'établissement au plan), valident les projets d'investissement de chaque établissement et ne financent que les investissements qu'ils jugent « nécessaires ». Les investissements non financés par les Länder sont généralement pris en charge par les communes.

Le financement des hôpitaux en Allemagne a été profondément modifié par un passage progressif à un système de tarification à l'activité s'inspirant du système australien des *Diagnoses Related Groups (DRG)* en 2003 avec une phase de convergence de 2005 à 2014 pour optimiser le financement des hôpitaux (soins aigus en hospitalisation complète et partielle, hormis la psychiatrie). Les tarifs propres à chaque établissement, couvrent toutes les dépenses relatives à la prise en charge des patients. La fixation des tarifs se fait par voie conventionnelle. Les forfaits à la pathologie sont définis au niveau fédéral par une échelle relative des coûts (poids relatif des différents GHS) élaborée par la Fédération des établissements de santé (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*), les Unions fédérales des caisses d'assurance maladie et la Fédération des assureurs maladie privés regroupés au sein de *l'Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (Inek)* ; puis les tarifs sont négociés au sein du Land au niveau de chaque établissement avec l'Union des caisses d'assurance maladie. Ces tarifs sont révisés annuellement lors des négociations budgétaires. Il existe un système de minoration-majoration des DRG pour financer les missions d'intérêt général : la formation des médecins, la recherche médicale, la prise en compte de la spécificité des établissements situés dans des zones « isolées », les urgences, la psychiatrie... Ce tarif de base converge progressivement vers un tarif de base par Land en 2010, puis avec la réforme 2009, vers une fourchette nationale en 2014.

Les caisses d'assurance maladie négocient en début d'année le budget de chaque établissement dans le cadre de contrats individuels définissant la nature et le volume des soins. Le respect du budget est assuré par un principe de reversement partiel l'année suivante, sous forme de tarifs minorés, des séjours facturés au-delà et un partage des économies réalisées en dessous (65% du dépassement est reversé par les établissements l'année suivante ou bien ils perçoivent 40% des économies réalisées).

Au-delà des financements public et fédéral, l'assuré verse (depuis 2000) un forfait hospitalier journalier d'un montant de 10€ dans la limite de 28 jours par an. Les enfants sont exemptés de cette franchise et le montant total des franchises est limité à 2% du revenu annuel du ménage (1% pour les personnes atteintes de pathologies chroniques).

Encadré 2. La loi du 17 mars 2009 réformant le financement des hôpitaux allemands

Les principales évolutions du financement des hôpitaux allemands prévues pour les années 2009 et suivantes ont été adoptées par une loi du 17 mars 2009.

En 2009, les ressources des établissements augmentent de 3,5 Md€ avec une prise en charge par l'assurance maladie, à hauteur de 50 %, des augmentations salariales négociées pour 2008 et 2009 - cela représente un surcoût de 1,2 Md€ pour les caisses-, et un programme d'aide sur 3 ans (1,3 Md€), permettant l'embauche de 21 000 infirmières et aides-soignantes, programme financé à 70 % par l'assurance maladie. Les autres mesures de la réforme portent sur des subventions exceptionnelles pour moderniser les établissements et la suppression de l'abattement de 0,5% sur les DRG (instauré par la réforme 2004 au titre de la maîtrise des dépenses) dès 2009.

Un système plus rigoureux de gestion de la dépense à terme est également prévu avec notamment une subvention minimale de l'Etat aux investissements sous forme d'un forfait annuel (dont la détermination s'inspire du principe de la tarification à l'activité) et une nouvelle définition des budgets hospitaliers encadrant les dépenses prises en charge par l'assurance maladie en fonction de l'activité réelle de l'année n-1 (en remplacement de la négociation du taux d'évolution).

¹ Présentation réalisée à partir de Descamps (2009), *op. cit.* et Drees (2008), « *Examen des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la T2A* », Document de travail, n° 82, nov.