LES NOTES ÉCONOMIQUES

Institut économique de Montréal
Des idées pour enrichir le Québec

Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple allemand

par **Frederik Cyrus Roeder**

Le système de santé canadien constitue une anomalie par rapport à celui des autres pays développés : le secteur public n'est pas seulement responsable du financement des soins, mais possède aussi un monopole quasi exclusif dans la prestation des services hospitaliers. En Europe, où le financement public des soins de santé est au moins aussi important qu'au Canada, le secteur privé à but lucratif joue un rôle de premier plan dans la prestation des services[1]. L'expérience allemande montre que la participation du secteur privé et la recherche du profit, contrairement aux craintes largement répandues ici, sont associées à une meilleure qualité des soins et peuvent accroître l'efficacité d'établissements peu performants.

Février 2012
Collection **Santé**

L'Allemagne possède un système de santé universel mixte où près de 90 % de la population est couverte par une assurance maladie publique obligatoire[2]. Le budget de cette dernière provient de cotisations prélevées en fonction du revenu. Les autres citoyens sont assurés par une assurance maladie privée[3]. En effet, les travailleurs autonomes ou à revenus élevés ont le choix de s'inscrire au régime public ou de contracter une assurance privée. Les régimes privés se fondent sur des calculs actuariels pour déterminer le montant de la prime d'après le risque posé par chaque client.

En 2009, 77 % du financement de la santé en Allemagne provenait des administrations publiques et 23 % de sources privées (assurances ou paiements directs), contre 71 % et 29 % respectivement au Canada, selon les données de l'OCDE. Les dépenses de santé en proportion du PIB sont équivalentes dans les deux pays[4], bien que la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus soit plus élevée en Allemagne, ce qui occasionne habituellement des coûts de santé plus élevés.

Les différents types d'hôpitaux allemands

En Allemagne, les hôpitaux sont soit publics (généralement municipaux), privés sans but lucratif (souvent administrés par une organisation religieuse) ou privés à but lucratif. On y comptait un total de 2064 hôpitaux offrant des soins de courte durée en 2010, répartis de façon à peu près égale entre les trois catégories[5]. L'expression « hôpital privé » est employée en Allemagne pour désigner les établissements qui ne sont pas la propriété d'un quelconque ordre de gouvernement (municipal, étatique ou fédéral) ou organisme public. Ils sont généralement intégrés au système de santé public et traitent tous les patients, pas seulement ceux qui ont souscrit une assurance privée.

Contrairement à la plupart des hôpitaux canadiens[6], les hôpitaux allemands ne possèdent pas un budget global, mais sont plutôt remboursés en fonction du nombre et du type de cas traités[7]. Historiquement, l'hôpital recevait un remboursement proportionnel au nombre de jours pendant lesquels il gardait un patient, ce qui l'incitait à garder les patients le plus longtemps possible afin de maximiser ses revenus et son taux d'occupation. Toutefois, depuis la mise en place d'un nouveau système de remboursement en 2004 – fondé sur le versement de montants forfaitaires aux hôpitaux d'après la complexité de chaque cas –, les incitations ont changé et l'efficacité des hôpitaux s'est accrue[8].

Cette Note économique a été préparée par **Frederik Cyrus Roeder**, économiste allemand de la santé, en collaboration avec **Yanick Labrie**, économiste à l'IEDM.

Les hôpitaux se concurrencent pour attirer des patients, qui sont libres de choisir d'être traités dans n'importe quel établissement intégré au système de santé public. Ce mode de fonctionnement mène à une prestation des soins de santé plus centrée sur le patient et évite les problèmes de rationnement, de priorisation des traitements et de listes d'attente. Ainsi, l'attente pour recevoir des soins est plus courte qu'au Canada[9]. Par ailleurs, les longues périodes d'attente à l'urgence, un phénomène omniprésent dans les hôpitaux canadiens, sont inconnues en Allemagne.

Contrairement à la plupart des hôpitaux canadiens, les hôpitaux allemands ne possèdent pas un budget global, mais sont plutôt remboursés en fonction du nombre et du type de cas traités.

Le réseau hospitalier allemand, malgré sa diversité (quant à la propriété des établissements), affiche un taux d'erreurs médicales et d'accidents bien plus faible que le réseau hospitalier canadien, essentiellement public. Selon l'OCDE, les incidents où un corps étranger (par exemple un instrument chirurgical) a été laissé dans l'organisme d'un patient pendant une chirurgie surviennent deux fois plus souvent dans les hôpitaux canadiens que dans les hôpitaux allemands. Le nombre de cas de perforations ou lacérations accidentelles lors d'un traitement dans un hôpital canadien est 223 % plus élevé que dans un hôpital allemand. La probabilité de contracter une sepsie postopératoire dans un hôpital est 42 % plus élevée au Canada qu'en Allemagne.

Le réseau hospitalier allemand poursuit sa transformation progressive. Les chaînes d'hôpitaux privés à but lucratif ont continuellement augmenté leurs parts de marché dans les deux dernières décennies[10]. La situation précaire des finances publiques (particulièrement à l'échelle municipale[11]) a favorisé la privatisation totale ou partielle d'un nombre croissant d'hôpitaux. Le nombre d'hôpitaux privés à but lucratif a augmenté de 90 % de 1991 à 2010, alors que le nombre d'hôpitaux publics a diminué de 43 %[12].

Les avantages des hôpitaux privés à but lucratif

La recherche du profit est à l'origine du succès des hôpitaux privés à but lucratif en Allemagne. Puisque les investisseurs s'attendent à recevoir un rendement adéquat en échange des fonds qu'ils ont versés, la direction de l'hôpital a une forte incitation à accroître son efficacité. Ainsi, les réorganisations nécessaires dans les pratiques de l'hôpital et les plans de restructuration sont mis en œuvre plus rapidement.

Tableau 1
Données comparatives à propos des soins de santé

Indicateurs	Allemagne	Canada	Québec
Proportion de la population de 65 ans et plus (2010)	20,4 %	14,1 %	15,4 %
Dépenses totales en santé en proportion du PIB (2009)	11,6 %	11,4 %	12,6 %
Lits de soins de courte durée par 1000 habitants (2008)	5,7	1,8	1,9
Appareils d'imagerie par résonance magnétique dans les hôpitaux par million d'habitants (2009)	9,5	6,3	6,8
Tomodensitomètres dans les hôpitaux par million d'habitants (2009)	17,2	13,2	13,6

Sources : OCDE; Eco-santé Québec.

L'accès à du capital supplémentaire met les hôpitaux privés à but lucratif dans une meilleure position quand vient le temps de réaliser des investissements requis, particulièrement ceux qui réduisent les coûts de fonctionnement (par exemple en favorisant les économies d'énergie)[13]. C'est dans les hôpitaux privés à but lucratif que l'on retrouve les investissements les plus élevés en fonction du nombre de cas (64 % de plus que dans les hôpitaux publics). Ces investissements leur donnent la possibilité d'offrir les traitements les plus récents et de se procurer de l'équipement médical à la fine pointe. Cette situation est très différente de la situation canadienne, où les hôpitaux publics ne peuvent pas emprunter de façon autonome des fonds sur les marchés financiers[14].

Les hôpitaux privés à but lucratif se concentrent sur le cœur de leur entreprise : soigner les patients. Par conséquent, des activités secondaires comme l'administration des services de restauration et d'approvisionnement ou la gestion des locaux sont souvent confiées à des sous-traitants[15]. Les hôpitaux

Tableau 2
Comparaison des hôpitaux allemands selon le mode de propriété

Indicateurs	Privé à but lucratif	Privé sans but lucratif	Public
Nombre d'hôpitaux (2010)	679	755	630
Proportion du total des hôpitaux (2010)	32,9 %	36,6 %	30,5 %
Nombre de lits (2010)	74 735	164 337	223 385
Nombre de lits moyen par hôpital (2010)	110	218	355
Durée moyenne de séjour en jours (2010)	7,5	7,3	7,3
Investissements par cas en euros (2006)	457	372	278
Nombre de cas par médecin ETC (2006)	155,3	164,8	152,3
Nombre de cas par infirmière ETC (2006)	61,4	62,6	60,9
Taux de mortalité à la naissance (2006)	0,26 %	0,26 %	0,29 %

Sources : Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser,* Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2011; Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer et Christoph Schwierz, *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft,* RWI, 2009.

publics ont tendance à conserver la gestion de plusieurs services qui ne font pas partie de leur mission première, ce qui hausse leurs coûts de fonctionnement.

Les hôpitaux allemands sont soumis à des mécanismes de transparence et d'assurance qualité très stricts[16]. Tous les citoyens peuvent consulter en ligne des rapports annuels faisant état de la qualité de chaque hôpital (qui doivent mentionner les cas d'erreurs médicales et le taux d'infection). Les médias locaux étudient de façon détaillée le degré de qualité des hôpitaux de la région. Ainsi, les hôpitaux privés à but lucratif ne peuvent pas réduire la qualité des soins afin de maximiser leurs profits. Une telle façon de faire nuirait grandement à leur réputation et à leur capacité d'attirer des patients. Les vérifications de qualité ont permis de constater que le nombre de problèmes est 9 % plus élevé (par 100 hôpitaux) dans les hôpitaux publics que dans les hôpitaux privés à but lucratif[17].

De bons résultats

Les hôpitaux allemands privés à but lucratif prodiguent des soins de qualité supérieure à ceux donnés par les hôpitaux publics ou sans but lucratif (voir Tableau 2)[18].

Le temps d'attente avant de recevoir un traitement après avoir consulté un spécialiste est plus court dans les hôpitaux privés à but lucratif. Ils admettent les patients 16,4 % plus rapidement que les hôpitaux sans but lucratif et 3,1 % plus rapidement que les hôpitaux publics[19]. Les hôpitaux privés à but lucratif sont aussi ceux qui gardent les patients le plus longtemps, même si leur remboursement ne dépend pas de la durée de séjour. Cette réalité confirme qu'ils ne renvoient pas les patients chez eux avant le moment opportun afin de réduire leurs coûts.

Les hôpitaux allemands privés à but lucratif prodiguent des soins de qualité supérieure à ceux donnés par les hôpitaux publics ou privés à but non lucratif.

Il n'existe aucune différence entre les hôpitaux privés à but lucratif et les hôpitaux publics en matière de qualité des services d'urgence ou d'accès à ceux-ci[20]. Le taux de mortalité à la naissance des premiers est 10 % plus faible que celui des seconds[21].

Le nombre de cas par médecin équivalent temps complet dans les hôpitaux allemands a diminué d'environ 13 % de 1996 à 2006, ce qui signifie que les médecins peuvent consacrer davantage de temps à chaque patient. Les hôpitaux privés à but lucratif ont réduit le nombre de cas par médecin à un rythme cinq fois plus rapide que les hôpitaux publics. Ainsi, en 2006, les médecins pouvaient passer 25 % plus de temps avec leurs patients qu'en 1996[22].

Des études ont montré que la qualité des soins des anciens hôpitaux publics s'est substantiellement améliorée après leur privatisation, entre autres grâce à une hausse du nombre de médecins par lit. Toutefois, on observe que la privatisation n'a pas simplement des effets positifs sur la qualité des soins, mais aussi sur l'efficacité des hôpitaux. Une analyse des hôpitaux allemands privatisés de 1997 à 2007 a montré des gains d'efficacité de 3,2 % à 5,4 % supérieurs dans les quatre premières années à ceux qui n'ont pas été privatisés[23]. Ce constat permet d'affirmer que les

hôpitaux privatisés offrent de meilleurs soins, et ce, à moindre coût que lorsque ces établissements étaient publics.

Une analyse des hôpitaux allemands privatisés de 1997 à 2007 a montré des gains d'efficacité de 3,2 % à 5,4 % supérieurs dans les quatre premières années à ceux qui n'ont pas été privatisés.

Dans les comparaisons entre le secteur public et le secteur privé, on entend souvent le stéréotype voulant que le secteur privé a des patients moins « difficiles ». En l'espèce, la perception voudrait que les hôpitaux privés se trouvent uniquement dans des milieux urbains ayant une forte densité de population et un pouvoir d'achat supérieur à la moyenne. Les données allemandes montrent que ce n'est pas le cas. Les hôpitaux privés à but lucratif traitent des cas relativement plus complexes et des patients plus âgés que la moyenne. Les entreprises privées à but lucratif semblent avoir développé les solutions les plus appropriées aux régions rurales, où seuls les projets de petits hôpitaux (moins de 200 lits) sont réalisables et où un fonctionnement et une affectation des ressources efficaces sont cruciaux afin de prodiguer les soins requis par la population locale[24].

Les résultats du réseau hospitalier allemand continueront vraisemblablement à s'améliorer à l'avenir puisque le processus de privatisation se poursuit. La plupart des hôpitaux déjà privatisés étaient en mauvaise posture lorsqu'ils ont été vendus et ont donc commencé dans une situation moins enviable sur le plan de la compétitivité que les hôpitaux publics mieux gérés.

Conclusion

Les données de l'expérience allemande laissent croire qu'un réseau hospitalier qui comporte des aspects concurrentiels et qui donne une place au secteur privé augmente la qualité des soins de santé, le niveau d'investissement et les progrès technologiques par rapport à un système entièrement public. Les décideurs qui souhaitent mieux utiliser les ressources du système de santé tout en faisant progresser sa qualité devraient tenir compte de l'expérience allemande, qui montre que la privatisation d'établissements publics peu performants a le potentiel d'augmenter leur efficacité.

Références

1. Voir : Yanick Labrie et Marcel Boyer, *Le secteur privé dans un système de santé public : l'exemple français,* IEDM, avril 2008.
2. GKV Spitzenverband, *Statutory health insurance,* http://www.gkv-spitzenverband.de/Statutory_health_insurance.gkvnet.
3. PKV Verband, *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011,* 2011, http://pkv.de/w/files/shop_zahlenberichte/zahlenbericht20102011.pdf.
4. OCDE, *Panorama de la santé 2011,* 2011, p. 151.
5. Economist Intelligence Unit, Germany: *Healthcare and Pharmaceuticals Report,* décembre 2011.
6. Jason M. Sutherland, *Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada,* Foundation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011, p. 4.
7. German Institute of Medical Documentation and Information, *Reimbursement System for German Hospitals,* http://www.dimdi.de/static/en/klassi/drg/index.htm.
8. Wilm Quentin, Alexander Geissler, David Scheller-Kreinsen et Reinhard Busse, « DRG-type hospital payment in Germany: The G-DRG system », *Euro Observer,* vol. 12 (2010), no 3, p. 4-6.
9. Cathy Schoen, Robin Osborn, David Squires, Michelle M. Doty, Roz Pierson et Sandra Applebaum, « How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries », *Health Affairs,* vol. 29 (2010), no 12, p. 2323-2334; Karen Davis, Cathy Schoen et Kristof Stremikis, *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally,* Commonwealth Fund, juin 2010, p. v.
10. Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, *Changes in Hospital Efficiency after Privatization,* Hamburg Center for Health Economics, 2011, p. 2.
11. « Germany's local finances: Hundreds of mini-Greeces », *The Economist,* 20 avril 2011.
12. Statistisches Bundesamt, *Grunddaten der Krankenhäuser,* Fachserie 12 Reihe 6.1.1, 2011, p. 13.
13. Christoph Schwierz, « Expansion in Markets with Decreasing Demand – For-Profits in the German Hospital Industry », *Health Economics,* vol. 20 (2011), no 6, p. 675-687.
14. Brett J. Skinner, Canadian *Health Policy Failures: What's wrong? Who gets hurt? Why nothing changes,* Institut Fraser, 2009, p. 115.
15. IGES Institut, *Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem,* 2009, p. 90.
16. Reinhard Busse, Ulrike Nimptsch et Thomas Mansky, « Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals », *Health Affairs,* vol. 28 (2009), no 2, p. w294-w304.
17. Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer et Christoph Schwierz, *Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft,* RWI, 2009, p. 21.
18. Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, « Effects of Ownership on Hospital Efficiency in Germany », *Business Research,* vol. 2 (2009), no 2, p. 115-145.
19. Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland et Ansgar Wübker, Determinanten der Wartezeit auf einen Behandlungstermin in deutschen Krankenhäusern: Ergebnisse einer Auswertung neuer Daten, Technische Universität Ilmenau, 2008.
20. Barbara Hogan et Ulrike Güssow, « Notfallmanagement im Krankenhaus Stellenwert einer Notaufnahmestation », *Klinikarzt*, vol. 38 (2009), no 1, p. 16-20.
21. Forschungsdatenzentrum der Statistischen Landesämter, *Nutzung von Mikrodaten der Krankenhausstatistik im Rahmen der kontrollierten Datenfernverarbeitung,* 2008.
22. Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer et Christoph Schwierz, *op. cit.,* note 17, p. 26.
23. Oliver Tiemann et Jonas Schreyögg, *op. cit.,* note 10, p. 19.
24. Boris Augurzky, Andreas Beivers, Günter Neubauer et Christoph Schwierz, *op. cit.,* note 17, p. 24.

1010, rue Sherbrooke O., bureau 930
Montréal (Québec) H3A 2R7 Canada
Téléphone 514.273.0969
Télécopieur 514.273.2581
Site Web www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un organisme de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif.Par ses études et ses conférences, l'IEDM alimente les débats sur les politiques publiques au Québec et au Canada en proposant des réformes créatrices de richesse et fondées sur des mécanismes de marché.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement gouvernemental. Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut Économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut Économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal © 2012

Illustration: Benoit Lafond Design graphique : Mireille Dufour