

CONFERENCES/ATELIERS

« Économie de la santé »

ENMAS, Alger, le 23/03/2021



المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة
Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة
Ecole Nationale de Management et de l'Administration de la Santé

ATELIER 2

Le financement des hôpitaux (éléments de cadrage n° 3)

Dr MESSAILI Moussa

Dr CHALANE Smail

Maîtres de conférences, Université de Béjaïa

moussa.moyses@gmail.com

chalanesmail@gmail.com



OBJECTIF

- ✓ Décrire et analyser les différentes **différents mécanismes de financement des hôpitaux**
- ✓ Discuter de leurs **effets (prévisibles)** sur **l'efficacité des soins** et sur la **dépense globale.**

PLAN

- ✓ **Le prix de journée**
- ✓ **Le budget global**
- ✓ **Le forfait par pathologie**
- ✓ **Le budget basé sur l'activité**
- ✓ **Les formules mixtes**

INTRODUCTION

- **OBJECTIFS ORGANISATIONNELS DE L'HÔPITAL :**

Soigner tous les malades, avec la plus grande humanité, au meilleur prix, en leur offrant la meilleure qualité des soins, compte tenu des connaissances médicales du moment.

➔ **L'atteinte de ces objectifs n'est pas évidente !**

- Comme on va le voir, le mode de financement de l'hôpital a une influence décisive sur le **degré de satisfaction de ces objectifs**.
- En fait, pour les économistes, le **choix du mécanisme de tarification** expliquent en grande partie les **performances hospitalières** passées et présentes.

INTRODUCTION

- L'élaboration d'une **tarification hospitalière** s'avère d'une complexité redoutable :
 - ✓ la plupart des **hôpitaux publics** dans le monde sont **largement subventionnés** (État, région, commune ou organismes caritatifs)
 - ✓ la **fonction des hôpitaux** a **considérablement évolué avec le temps** (hébergement, soins aux hospitalisés, consultations externes, enseignement et recherche)
 - ✓ un **patient**, sa **maladie** et les **soins** qu'il reçoit dans un **environnement donné** constituent à chaque fois un **ensemble unique** qui rend difficile l'élaboration de **barèmes tarifaires identiques pour tous les établissements**

INTRODUCTION

- Le **système de financement hospitalier** a évolué avec l'organisation, les fonctions et les activités de l'hôpital.
- Ainsi, les **hôpitaux traditionnels** étaient financés, comme les hôtels, par un **prix de journée**.
- Puis les **grandes institutions** évoluèrent vers un **budget global** comparable à celui des administrations publiques.
- Les **hôpitaux modernes**, enfin, dominés par la technique, sont de plus en plus financés par un **« forfait par pathologie »**.

1. Le prix de journée

- Le « prix de journée » est une **procédure de tarification des séjours hospitaliers**.
- Il présente beaucoup de **similitudes avec le paiement à l'acte**.
- Il est **facturé au malade ou à son assurance-maladie pour chaque jour passé à l'hôpital** :
 - ➔ L'hôpital reçoit un **prix fixe par journée passée par le malade**.
- **L'argent suit le patient alité** :
 - ➔ **Plus on produit de journées et plus le budget sera élevé**.

CALCUL DU PRIX DE JOURNÉE

- Le prix de journée pour l'année suivante correspond au **quotient** des dépenses totales de l'année précédente sur le nombre total de journées d'hospitalisation :

$$\text{Prix de journée}_{t+1} = \frac{DT_t}{NJ_t}$$

- Le prix de la journée **varie** en général avec la **spécialité du service hospitalier**.
- Le prix de journée peut être établi **par service** ou **ensemble de services** (médecine, chirurgie, etc.).
 - ➔ Le prix de la journée d'hospitalisation est **ajusté au coût moyen de chaque service**.

- **Ce système est très imparfait** car il s'agit d'un forfait « tout compris »... alors que chaque malade ne demande pas **tout le temps les mêmes soins dans tous les services !**
- Ainsi, le coût supporté par l'hôpital varie, d'une part, **au cours de chaque séjour** (donc d'un patient à un autre) et, d'autre part, dans le **temps** (inflation hospitalière).
- En général, le **coût réel** sera élevé **au début du séjour** (examens, opération ou traitement), puis **diminuera progressivement** jusqu'au **coût hôtelier** à partir du moment où le malade peut sortir.

- Or, le progrès technique permet de **raccourcir les séjours** et **concentre les dépenses sur les premiers jours**.
 - Le cas limite étant celui de la **chirurgie de jour**, où toute la dépense est engagée dans une journée,
 - **L'hôpital payé au prix de journée ne peut pas financer aisément cette formule.**
- Il est donc normal de voir **augmenter les prix de journée** et **diminuer la durée des séjours**.
- Malheureusement, l'assurance-maladie ajuste en général les prix de journée avec **(beaucoup) de retard**, si bien que les **hôpitaux bien gérés**, qui font sortir tôt leurs malades, **tendent à être déficitaires !**

- Le **prix de journée** pousse les hôpitaux :
 - ✓ à **allonger les séjours**
 - ✓ à **multiplier les lits**
 - ✓ à **maximiser le taux d'occupation et la durée moyenne de séjour**
- Par ailleurs, il ne les incite pas à **fermer les lits** que le **progrès des techniques médicales** permet de **libérer**.

- Le **système des prix de journée** est un **financement *a posteriori* (rétrospectif)**, qui fait supporter le **risque financier** d'inflation des séjours et des journées au **payeur collectif**, lequel doit souvent financer des hospitalisations injustifiées pour des cas sociaux (SDF...).
- L'hôpital conservant cependant le risque lié à la **dispersion des coûts**.
- **Au milieu des années 1980**, la tarification au prix de journée a été abandonnée presque partout dans le monde.

2. Le budget global

- Le **budget global** a été adopté par la plupart des pays au **milieu des années 1980**.
- Le budget global est un **mode de paiement prospectif** :
 - L'hôpital reçoit à l'année t un budget prospectif fondé sur le budget de l'année précédente ($t-1$), et augmenté d'un pourcentage r
 - L'hôpital devra utiliser les crédits qui lui sont attribués par l'État et ne pas les dépasser

- Le budget est soit imposé par le payeur, soit négocié avec l'hôpital.

- L'argent ne suit donc plus le patient.

- Cette formule de **financement *a priori* (prospective)** incite l'hôpital à **diminuer les séjours et les journées inutiles.**

- Elle l'incite aussi à **la maîtrise des coûts.**

- Toutefois, elle peut générer des **comportements conservateurs** : *il suffit d'exister pour avoir un budget, quel que soit l'évolution des besoins !*
- Cet inconvénient peut être ajusté par la méthode des « **Budgets base zéro** » qui consiste à **renégocier l'ensemble du budget tous les ans.**

- Le budget global risque aussi **d'accroître les inégalités et les rigidités à long terme.**
- En effet, lorsque les **budgets de base sont inégaux** et lorsque **les taux de croissance sont égaux** entre les établissements, la **différence de dotation financière** entre eux **s'accroît avec le temps.**
 - ✓ **Par exemple** : si deux hôpitaux ayant la même activité ont respectivement un **budget de 100 et de 200** au départ, quand on leur applique à chacun un **taux de croissance de (+ 5 %)**, le premier voit son budget augmenter de 5...
 - ✓ ... le second, déjà mieux doté, de **10.**
- Des **disparités de dotation considérables** ont été constatées dans les pays appliquant ce principe de tarification.
 - ✓ Pour résorber les inégalités, la **Grande-Bretagne** a dû imposer des **réductions drastiques** aux régions les mieux dotées.
 - ✓ **Londres**, par exemple, a subi un **rationnement pendant plus de dix ans.**

- Le budget global transfère le risque financier sur les établissements et permet de **contrôler étroitement la dépense.**
- Mais il exige **un effort considérable de la part du payeur** pour fixer un budget et un **taux de croissance justes** : *les payeurs rencontrant de grandes difficultés à différencier les taux de croissance adéquats entre hôpitaux.*
- En revanche, il ne comporte **aucune incitation** à améliorer la **qualité** ou la **disponibilité des soins.**

- ***L'enveloppe fermée***, qui inclue le personnel, l'amortissement des équipements médicaux et la couverture de leurs frais de fonctionnement, incite à la **sous-production d'actes**.
 - ➔ **Ex.** Le personnel travaille avec des **horaires de fonctionnaires**, les **équipements coûteux** sont utilisés pendant un **faible nombre d'heures dans la journée**.
- **L'exemple algérien** confirme ces effets pervers :
 - ✓ Le **budget global** provoque un **rationnement important dans nos hôpitaux**, qu'illustrent les **files d'attente** pour les interventions chirurgicales non urgentes.
 - ✓ En **Algérie**, on a pu observer une **sous-utilisation des équipements médicaux et des plateaux techniques** (scanners, IRM...) à l'hôpital public par rapport au secteur privé.
- La **logique du rationnement** qui sous-tend le **budget global** tend aussi à engendrer une **grande indifférence par rapport aux besoins ressentis et aux attentes des usagers-citoyens**.

3. Le forfait par pathologie

- Le « forfait par pathologie » a été introduit au milieu des années 80" aux États-Unis.
- Depuis les années 1990, il tend à se généraliser dans le monde.
- Le forfait « par admission » ou « par pathologie » consiste à verser un forfait variant avec le **groupe de diagnostic (GHM)** pour chaque admission à l'hôpital.
- Cette classification en **Groupes Homogènes de Malades (GHM)** s'opère à l'aide des informations recueillies lors de l'admission du patient :
 - ✓ **Diagnostic principal (DP)**, qui caractérise la cause du séjour hospitalier
 - ✓ **Diagnostic associé (DA)**
 - ✓ **Nature de l'intervention chirurgicale** (quand il y en a eu une)
 - ✓ **Âge**
- **L'argent suit cette fois la nature du séjour du malade.**

- Le **forfait par pathologie** présente l'avantage d'inciter à :
 - **réduire les durées moyennes de séjour**
 - **minimiser le coût par admission**
 - **adopter les techniques de soins les plus appropriées et les moins coûteuses**
- Il incite aussi les hôpitaux à **se spécialiser** pour **diminuer leurs coûts** et **accroître leur efficacité**.
- Il encourage aussi la **chirurgie de jour**.
- Toutefois, il pousse les hôpitaux **multiplier les séjours** et à **reporter sur la médecine ambulatoire tous les coûts possibles**, par exemple, pour les **examen pré- et postopératoires**.

- Autres « **effets pervers** » du forfait par pathologie :
 - ✓ les établissements tendent à **surclasser les malades** pour toucher des forfaits plus importants
 - ✓ ou à **réduire la durée de séjour** au point de **multiplier les ré-hospitalisations**, pour toucher un second forfait
- On peut limiter ces dérives **en contrôlant les déclarations de sortie et les réadmissions.**

- Le forfait par pathologie incite aussi les hôpitaux à **sélectionner les clients rentables** pour eux selon le rapport entre leur coût et le montant du forfait.
- Une sélection des patients qui peut limiter l'accès aux soins des plus vieux ou des plus gravement atteints.
- Il peut également inciter les établissements à des **ententes pour augmenter leurs coûts** afin d'entraîner à la hausse les tarifs.

- Cette nouvelle tarification a complètement **bouleversé l'activité hospitalière** aux États-Unis, en poussant les hôpitaux à :
 - ✓ **se spécialiser**
 - ✓ **développer la chirurgie de jour**
 - ✓ **fermer des lits**
 - ✓ **réduire les durées de séjour**, parfois de façon abusive pour certaines pathologies (sortie de maternité le lendemain de l'accouchement...)
- Néanmoins, **l'économie totale** due à cette nouvelle tarification a été estimée à **seulement 2,4 %**.

- On comprend ainsi pourquoi les **durées de séjour** ont tant diminué aux Etats-Unis et sont **les plus basses du monde** et pourquoi la **chirurgie de jour** y est la plus en pointe.
- Toutefois, le forfait par pathologie est à l'origine de **surcoûts de santé**, notamment à cause :
 - ✓ **des admissions et des réadmissions** liées à une prise en charge ambulatoire insuffisante
 - ✓ ou à une **sortie prématurée de l'hôpital**

Notre présentation étant terminée, je vous invite à nous poser vos questions.