

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia
Faculté de Médecine
Département des Sciences Médicales

COURS
« SYSTÈME DE SANTÉ »

6^{ème} année Médecine (2022-23)
M. CHALANE Smail

CHAPITRE 5 (PARTIE 1) :

Le financement des hôpitaux

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**

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 collectif, 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**