

Financement des hôpitaux et information sur les clientèles hospitalières

Charles Kleiber

Service de la santé publique et de la planification sanitaire, Lausanne

Le système de santé, comme bien d'autres systèmes économiques complexes, peut être caractérisé par la multiplicité des centres de décisions agissant au nom de nombreuses finalités, parfois contradictoires, souvent en concurrence. Les centres de décisions sont constitués par l'ensemble des agents qui représentent les éléments du système (hôpitaux, établissements médico-sociaux, médecins libre-praticiens, assurances maladie, administration sanitaire, faculté de médecine, patients, etc.). Les fonctions explicites auxquelles sont associées les finalités du système de santé sont connues: la fonction de production de soins (soigner, soulager, prévenir), la fonction d'accompagnement des mourants et la fonction sociale (prendre en charge certaines marginalités). Les fonctions implicites sont moins souvent évoquées: la fonction culturelle (modification des représentations collectives) et la fonction symbolique (signe de l'attention de la société aux individus malades), la fonction cognitive (produire et transmettre un savoir sanitaire), la fonction macro-économique (création d'emplois, redistribution de richesse) en particulier doivent être prises en compte si l'on veut comprendre le fonctionnement parfois paradoxal du système sanitaire. Les institutions sanitaires sont, de plus, l'enjeu des luttes stratégiques des groupes professionnels qui veulent affirmer leur autonomie, leur identité ou leur pouvoir.

Pour répondre à ces multiples finalités, remplir ces nombreuses fonctions, les milliers d'agents décentralisés produisent et consomment des services et prennent quotidiennement d'innombrables décisions qui constituent la vraie réalité des services de soins. Comment coordonner toutes ces décisions pour qu'elles s'inscrivent efficacement, à un coût minimum, dans la poursuite d'une finalité acceptable, synthèse et compromis de toutes les finalités manifestes ou cachées? Comment harmoniser les objectifs de tous les décideurs avec les objectifs du système? Puisque la somme des intérêts particuliers des agents ne correspond pas forcément à l'intérêt de la collectivité, comment opérer une régulation de leur comportement pour que la résultante de leurs multiples actions corresponde à ce que la société attend des services de soins? Telles sont les questions auxquelles tentent de répondre l'organisation économique du système de soins et plus particulièrement les modalités de financement de l'activité sanitaire.

Régulation et système de financement

Le choix du mode de régulation dépend en particulier de la nature et des conditions de la production, du contexte social et des attentes des usagers. Schématiquement, deux types principaux de régulation permettent de réaliser l'optimum économique qui garantira l'efficacité du système de santé: la régulation par le marché et la régulation par un système construit volontairement et finalisé sur les objectifs définis par la société.

Toute la littérature économique spécialisée [1-7] confirme que certaines spécificités sanitaires (nature du produit, incertitude dans l'activité de production et de consommation, financement indirect, notamment) interdisent le recours à la régulation spontanée qu'assurent les marchés concurrentiels. Il ne reste donc plus qu'à construire un système de régulation orienté sur les objectifs et les finalités des services de soins. Quel mode de régulation, pour quelles finalités? Les positions des principaux agents, pouvoirs centraux, acteurs périphériques, consommateurs sont si divergentes et si contradictoires, leur légitimité et leur autonomie si grandes, qu'il est bien difficile de réaliser un consensus sur ces questions essentielles. Les difficultés voire l'échec des tentatives de planification centralisée, quelle que soit l'échelle d'application, permettent toutefois de rejeter les techniques fondées sur l'allocation de ressources reposant sur le pouvoir et le savoir d'un agent central: l'information très partielle à disposition, les compétences très limitées, les conflits d'objectifs n'autorisent pas une telle pratique. Cela revient à rejeter pour présomption d'inefficacité les modèles appliqués en Suisse notamment, puisqu'ils s'inscrivent dans la logique de la planification centralisée, même si l'extrême décentralisation cantonale et les mécanismes de concertations masquent parfois leur vraie origine, préservent une certaine efficacité dans l'allocation des ressources et neutralisent les tensions. Ces modèles, qui relèvent de la régulation politique d'abord, ont permis de maîtriser l'évolution quantitative des coûts hospitaliers; c'était la priorité de ces dernières années. Ils sont aujourd'hui impuissants, sous leur forme actuelle, à améliorer l'efficacité du système de soins, promouvoir la prévention, et freiner les coûts de la pratique ambulatoire, ce qui constitue les nouveaux enjeux. On ne s'en étonnera pas: pour atteindre ces objectifs, il faudrait réussir à concerner la grande

majorité des agents décentralisés, ce qui n'est pas à la portée d'un pouvoir central agissant par autorité ou par admonestation. Dans ces conditions, on ne peut qu'explorer les techniques de régulation économique fondées sur la transmission aux agents décentralisés de signaux «de prix et de qualité», qui pourraient reconstituer un ordre concurrentiel dans un cadre garantissant la prise en compte de l'intérêt général. Le mode de financement, qui peut varier en fonction du service qu'il s'agit de financer, sera naturellement l'instrument privilégié mais pas nécessairement unique du système de régulation choisi. La fonction de production, contrainte par les performances à réaliser, constituera la relation économique principale.

La gestion décentralisée du système de soins

Sept règles pourraient, au stade actuel de nos réflexions, orienter la gestion décentralisée du système de soins [8, 9]:

1. Les modalités de financement doivent permettre de créer des relations concurrentielles au sein du système de soins. Deux modèles schématiques peuvent être envisagés:

- Le modèle de financement à la prestation ou au cas, par exemple, dans lequel la relation de concurrence est sous-tendue par la fonction paramétrique du prix. La valeur fixe, attribuée pour une période donnée par une instance centrale à un cas-diagnostic ou à un acte, doit amener les producteurs à ajuster leur intervention en fonction du prix. Cette technique permet, par exemple, de privilégier certains actes jugés opportuns ou efficaces aux dires d'experts, en leur attribuant une valeur économique stimulante; à l'inverse, elle permet de décourager des pratiques jugées inadéquates par l'attribution d'un prix dissuasif. En résumé, le prix permet d'orienter le comportement des prestataires de soins dans un sens qui doit assurer la compatibilité des intérêts individuels et des intérêts collectifs en termes quantitatif et qualitatif.
- Le modèle où la relation concurrentielle est réalisée à travers des mécanismes d'incitation mettant en compétition les producteurs pour le partage d'un budget limité et du surplus réalisé. On pense ici [6] à l'enchère concurrentielle et à la délégation par contrat qui conditionne l'octroi de ressources à l'atteinte de résultats correspondant à un niveau donné d'efficacité, ou encore, à l'allocation par objectif. Ces techniques sont compatibles avec la plupart des modes actuels de financement dont elles pourraient constituer le prolongement naturel.

Les systèmes de financement relevant de ces deux modèles ne sont évidemment pas exempts d'effets pervers. Ainsi, le financement à l'acte peut entraîner une multiplication des prestations, le financement par cas ou par DRG peut exercer un effet normatif, capable d'enfermer la pratique hospitalière dans un cadre rigide. Il est donc nécessaire d'analyser ces effets et de

mettre au point des dispositifs de neutralisation ou du moins d'atténuation.

2. Les modalités de financement doivent permettre d'attribuer une sanction financière positive ou négative à la décision de consommer. Dans la mesure où cette décision est très souvent le fait du malade et du médecin ou d'un autre professionnel de la santé, la sanction doit concerner le consommateur et le producteur. Le partage d'un bénéfice ou d'un déficit d'exploitation dans les HMO et ses conséquences sur le calcul du forfait annuel payé par les membres constituent une bonne illustration d'un tel mécanisme.

3. Le système de financement doit concerner simultanément plusieurs modes de prises en charge et doit provoquer de la part des producteurs et des consommateurs la recherche de la combinaison optimale entre l'hôpital, l'établissement médico-social, les soins à domicile, les médecins indépendants, les soins curatifs et préventifs. Ceci impose une certaine unité ou au moins la neutralité des différents modes de financement; rien n'empêche, en principe, le recours à plusieurs systèmes de financement adaptés à la nature de la prestation et aux objectifs poursuivis. On veillera toutefois à établir une coordination rigoureuse entre eux.

4. Si les agents périphériques et le centre sont mutuellement bien informés, s'il y a entre eux compatibilité d'objectif, alors l'efficacité de l'agent périphérique – hôpital, service hospitalier, agent individuel ou institution, etc. – sera d'autant plus élevée que son pouvoir de décision est grand. En principe, ce rôle central peut être joué par le directeur d'un hôpital par rapport aux services hospitaliers ou par l'administration sanitaire et ses partenaires par rapport à un réseau de production de soins.

5. Le rôle de régulateur central devrait être réduit au minimum. Il devrait comprendre au moins:

- une fonction de réduction de l'incertitude et de diffusion de l'information,
- une fonction de réalisation d'un consensus sur les finalités du système de soins et sur ses objectifs,
- une fonction de programmation des mécanismes de financement et des autres modalités de régulation,
- une fonction d'évaluation et de correction des défaillances des mécanismes de régulation.

Il est probable que ces cinq fonctions centrales devraient être complétées par des actions portant sur la structure des réseaux de soins (cartes hospitalières, missions, nombre de médecins, etc.).

6. Le système de financement doit s'appuyer sur des mécanismes de gestion des conflits (conflits d'objectif entre agents, entre le centre et la périphérie, par exemple) susceptibles de provoquer en continu les ajustements nécessaires.

7. L'information mutuelle des producteurs décentralisés, des consommateurs, des instances centrales de régulation et de concertation doit être la plus complète possible [10]. L'exigence de transparence est essentielle pour assurer l'équilibre d'une organisation décentralisée où les conflits d'objectifs entre le centre et la périphérie sont potentiellement nombreux; elle est inséparable d'un fonctionnement harmonieux des mécanismes de concurrence vite grippés par le «risque moral» et la sélection adverse de l'information [1, 2, 11]. En effet, l'information dans un système économique décentralisé et complexe devient une ressource que les agents seront naturellement tentés de s'approprier pour mieux servir leurs intérêts de groupes. C'est surtout un investissement commun qu'il s'agit de développer: on ne peut prétendre à l'efficacité, à l'autorégulation, à l'autonomie des agents périphériques sans consentir cet investissement. On ne peut récuser la planification centralisée, réclamer une place plus importante pour la régulation économique, dénoncer l'intervention de l'Etat sans développer en contrepartie un système puissant d'information.

Ces sept règles complémentaires ne sont certainement pas exhaustives. Elles devraient toutefois contribuer à la mise en place de mécanismes économiques efficaces adaptés aux conditions particulières du domaine sanitaire. Sur cette base, il devrait être possible d'esquisser ce que les économistes appellent un optimum de deuxième rang, capable de réduire les inefficacités existantes, de constituer une solution de moindre mal en l'absence de mécanisme de marché et une alternative concrète aux règles défailtantes de la planification centralisée. Dans cette tentative, l'information joue un rôle essentiel.

Information sur les clientèles hospitalières et système de financement

L'information sur les clientèles hospitalières, qui permet de créer des instruments descriptifs de la demande des hôpitaux du type DRG, est fondamentale. En effet, quel entrepreneur, dans quelque système économique que ce soit, peut se passer de savoir comment est constituée la clientèle à laquelle il s'adresse? Quelle instance peut prétendre, à l'intérieur d'une entreprise industrielle, allouer des ressources sans savoir quels besoins elle entend satisfaire? Information indispensable, elle est pourtant encore rare dans l'économie hospitalière, inexistante ou non saisie dans les autres secteurs de la santé. C'est dire que la question n'est plus de savoir s'il est utile de saisir des informations concernant les DRG, mais plutôt comment généraliser leur traitement et leur analyse, comment améliorer leur pouvoir informatif, comment les lier à des informations de coût, comment les mettre en rapport avec des résultats, comment étendre leur portée à d'autres secteurs de l'activité sanitaire et à d'autres informations, comment enfin harmoniser leur définition avec celles qui seront adoptées progressivement en Europe?

Au stade actuel de développement de l'appareil d'information et compte tenu des principales caractéristiques des multiples systèmes de financement hospitalier que connaît notre pays, les applications suivantes peuvent être retenues:

- Comparaison des clientèles des hôpitaux ou d'autres unités sanitaires: schématiquement, ces comparaisons permettent, par standardisation, de neutraliser l'effet demande et de raisonner à clientèle égale. Ces comparaisons constituent un préalable à toute tentative rigoureuse d'allocation de ressources et de distribution interne des moyens, quel que soit le mode de régulation sanitaire retenu.
- Analyse comparative des durées de séjours par DRG: la durée de séjour représente un indicateur de productivité des facteurs de production de l'hôpital, que le système de financement peut sanctionner. Ces analyses devraient être reprises systématiquement dans la recherche d'incitants économiques fondés sur la durée de séjour.
- Etude prévisionnelle de l'évolution des facteurs de production (personnel, lits, équipement) en fonction de l'évolution de la morbidité résultant des changements démographiques, ou d'autres causes de modification des pathologies.
- Développement des procédures d'assurance de qualité et de l'ensemble des mécanismes d'évaluation des résultats qui devraient progressivement fonder la dimension concurrentielle des modes de financement.

D'une manière générale, l'introduction d'informations sur les clientèles hospitalières permet, à un coût acceptable, d'augmenter la transparence du système hospitalier et de consolider l'équilibre des mécanismes concurrentiels; c'est donc un investissement indispensable qui devrait rassembler toutes les volontés. Qui a peur de la transparence, qui a peur de la concurrence?

Résumé

Le système de soins peut être caractérisé entre autres par la multiplicité des agents (institutions et individus) qui agissent au nom de finalités concurrentes, voire contradictoires. L'objectif principal de l'organisation économique du système de soins est d'exercer une régulation qui assure la coordination des innombrables décisions des agents décentralisés pour qu'elles s'inscrivent de façon économique dans une finalité commune. Les mécanismes du marché appliqués au domaine de la santé sont incapables d'opérer la régulation nécessaire et la planification centralisée est source d'inefficacité. Il est donc nécessaire d'utiliser la voie de la régulation économique décentralisée; dans cette perspective les modes de financement de l'activité sanitaire sont essentiels et peuvent exercer une influence positive sur le comportement des agents et sur les coûts. L'information sur les clientèles hospitalières est une contribution importante qui doit permettre d'augmenter la transparence du fonctionnement du système de soins et faciliter la concurrence.

Zusammenfassung

Spitalfinanzierung und Patienteninformation

Das Gesundheitswesen ist unter anderem durch die Vielfalt der beteiligten Partner (Institutionen und Individuen) charakterisiert, welche letztlich unterschiedliche, möglicherweise sogar widersprechende Ziele verfolgen. Hauptaufgabe der ökonomischen Organisation des Gesundheitswesens ist sicherzustellen, dass die unzähligen Einzelentscheide aller dezentralisierten Partner so koordiniert werden, dass aus ökonomischer Sicht ein gemeinsames Ziel verfolgt wird. Die Marktmechanismen im Gesundheitswesen scheinen die Anwendung der notwendigen Regulierungen nicht zu erlauben, und zentrale Planung kann zu mangelnder Effizienz führen. Aus diesem Grund sind dezentralisierte Lösungen anzustreben. Aus dieser Sicht sind verschiedene Finanzierungsarten im Pflegebereich wichtig und können einen positiven Einfluss auf das Verhalten der Beteiligten und die Kosten ausüben. Information über die Patientenzusammensetzung der Spitäler ist ein wichtiger Beitrag, der erlauben soll, Transparenz ins Funktionieren des Pflegesystems zu bringen und Konkurrenz zu erleichtern.

Summary

Hospital's Financing and Information about Casemix

The health care system can be characterized, among other facts, by the multiplicity of involved actors (institutions and individuals) acting for final goals in competition, or even in opposition. The principal goal of the economic organization of the health care system consists in applying a regulation to grant the coordination of the great number of decisions taken by decentralized actors in order to introduce them in an economic way into a common final goal.

The market forces appear unable to realize the necessary regulation in the health care system and centralized planning can lead to lack of effectiveness. For this reason, it's necessary to make use of a decentralized economic regulation; in this view health care financing sys-

tems are essential and could positively influence the behaviour of the actors as well as the costs.

Information on hospital Casemix represents an important contribution to better transparency of the working of the health care system and to facilitate competition.

Bibliographie

- [1] Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *Am Econ Rev* 1963; 53.
- [2] Arrow KJ. The economics of moral hazard: further comments. *Am Econ Rev* 1968; 58.
- [3] Lévy E, Bungener M, Duménil G, Fagnani F. *Economie du système de santé*. Paris: Dunod 1975.
- [4] Lévy E, Bungener M, Duménil G, Fagnani F. *Evaluer le coût de la maladie*. Paris: Dunod 1977.
- [5] Fuchs V. *The health economy*. Harvard University Press, 1986.
- [6] Mougeot M. *Le système de santé*. *Economica* 1986; 53.
- [7] Labourdette A. *Economie de la santé*. Paris: PUF 1988.
- [8] Picard P. Procédure et modèle de planification décentralisée. *Economica* 1979; 46.
- [9] Laffont JJ. *Incitation dans les procédures de planification, information imparfaite et économie publique*. CGP 1984.
- [10] Olsem JP. *Pour un ordre concurrentiel*. *Economica* 1983; 50.
- [11] Pauly MV. *The Economics of Moral Hazard*. *Am Econ Rev* 1968; 58.

Adresse pour correspondance:

Charles Kleiber
Chef du Service de la santé publique et de la planification sanitaire
Rue Cité-Devant 11
1014 Lausanne