



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère de la santé,
de la famille
et des personnes handicapées**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Mission Tarification à l'Activité
Secrétariat : 01 40 56 48 32

tarification-mt2a@sante.gouv.fr
<http://www.t2a.sante.gouv.fr>

FONDEMENTS THEORIQUES ET REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Nota : ces travaux sont issus de réflexions antérieures à la Mission Tarification à l'activité - ils concernent l'approche « Tarification à la pathologie ».

PAIEMENTS PROSPECTIFS, TARIFICATION A LA PATHOLOGIE, CONCURRENCE PAR COMPARAISON

D. HENRIET

Université de la Méditerranée

Aujourd'hui, un consensus de plus en plus large se dégage pour considérer que le mode de tarification actuel mis en œuvre à l'hôpital a atteint ses limites. Jugé trop rigide pour les établissements sous dotation globale, figeant de ce fait les situations acquises et de plus en plus opaque dans le secteur privé sous OQN, donc difficilement maîtrisable et relativement inéquitable, il serait appelé à être remplacé par un modèle unique, plus transparent et plus homogène. Une des voies envisageables serait la tarification dite " à la pathologie ".

Les éléments qui suivent sont destinés à présenter d'un point de vue théorique les principes de ce mode de tarification, en insistant sur les conditions qui fondent sa validité, les limites auxquelles il peut se heurter et les risques auxquels le système de santé peut se trouver confronter du fait de sa mise en œuvre.

1. Les spécificités économiques du système de santé

Du point de vue de la théorie économique, le système de santé peut aussi être considéré comme un marché sur lequel s'échangent des biens et des services, mais ce n'est pas un marché comme les autres. Il présente en effet plusieurs caractéristiques qui compliquent toutes singulièrement (bien qu'elles ne soient pas complètement indépendantes les unes des autres...) les propriétés économiques des échanges de soins, de leur production et de leur consommation.

En premier lieu, ce n'est pas le consommateur qui est le payeur, ou plutôt, il ne l'est que de manière indirecte, différée et déconnectée de sa consommation propre. L'économie des biens et services de santé est ainsi un système dans lequel les relations entre le producteur de soins - le praticien ou l'établissement - et le consommateur - le patient - sont médiatisées par un troisième type d'intervenant, à la fois collecteur de fonds, payeur et édicateur de règles, que par simplicité nous dénommerons globalement par la suite régulateur - les caisses d'assurance maladie, les organismes d'assurance complémentaire et l'Etat. Les relations entre ces trois intervenants sont complexes. Dans la mesure où la décision individuelle de consommation est déconnectée de son financement, apparaît en particulier un risque de dépense excessive (d'allocation inefficace des ressources au sens de la théorie économique). Il y a en effet peu de raisons qu'une personne restreigne sa consommation si c'est l'ensemble de la collectivité qui est financièrement mise à contribution par sa décision individuelle.

Cette première particularité du système de santé, quand elle se conjugue avec le fait qu'il est très difficile de définir avec précision l'état des besoins de santé, explique que le régulateur ait souhaité définir chaque année un plafond au montant des dépenses.

En second lieu, le circuit de financement fait appel à des prélèvements fiscaux sur l'économie, que ce soit par l'impôt ou les prélèvements sociaux. Cette socialisation de la dépense justifie que le régulateur cherche à proscrire, dans la mesure du possible, toute rémunération du producteur au-delà d'une rémunération normale de son effort ou de ses capitaux et qu'il veille à ce que le prix de la prestation soit égal à son coût de production. Il empêche de cette façon la formation de ce que les économistes appellent une rente.

Enfin, les différents paramètres de tarif sont la plupart du temps inconnus d'une partie des acteurs. Que ce soit le " consentement à payer ", c'est-à-dire le prix maximum que le consommateur est prêt à payer pour se faire soigner (la valeur qu'il attache au bien de santé), le coût de production normal d'un bien ou d'un service de santé, ou finalement le prix pratiqué, toutes ces grandeurs sont des données pour lesquelles n'existent le plus souvent qu'une information partielle et inégale suivant les acteurs. Chacun d'eux doit alors prendre ses décisions en " incertitude ", ce qui donne lieu naturellement à l'apparition de comportements " stratégiques ", par lesquels ils cherchent à se prémunir et que le régulateur doit canaliser.

Au total, ces trois caractéristiques du système des biens et services de santé - et bien d'autres - rendent légitime une action des pouvoirs publics, à la fois sous la forme d'une régulation globale du montant de la dépense et sous la forme de la mise en place d'une tarification adaptée. Plus précisément, ce sont :

- la déconnexion entre la décision individuelle de consommation de soins et son paiement,
- dans la mesure où le financement est assuré par des prélèvements de nature fiscale,
- dans un contexte d'évaluation imprécise des besoins,
- et plus généralement, d'asymétrie d'information des différentes parties prenantes au système, qui constituent des facteurs de nature à provoquer une production, des échanges et une consommation de soins à des niveaux, à des coûts et selon une répartition inadaptés à l'efficacité économique globale. Ces conclusions, fondamentales, qui portent à la fois sur les volumes, les prix et la répartition des biens et services de santé, justifient que le régulateur public mène deux actions distinctes. Qu'il fixe d'un côté le niveau de la dépense et qu'il cherche d'un autre côté à déterminer le juste prix, c'est-à-dire à limiter toute rente, au sens de profit excédant un niveau normal, des producteurs de soins.

La tarification à la pathologie est candidate à être la deuxième de ces actions.

2. Information et régulation

En théorie, quand le coût de production d'un bien ou d'un service est parfaitement connu, il suffit au régulateur d'imposer un prix égal à ce coût pour opérer une régulation optimale du prestataire.

Il en va autrement lorsque le **coût n'est pas parfaitement observable** par le régulateur qui ne peut plus, dans ces conditions, fixer le prix de la transaction à un niveau qu'il ne connaît pas. Le régulateur est ainsi placé dans une situation d'incertitude, le comportement qu'il doit avoir dépend de la nature de cette dernière. La théorie économique distingue ainsi deux types d'incertitude : l'anti-sélection sur les coûts et le risque moral, chacun d'eux est présent dans le système de santé comme il va être montré progressivement à partir d'un cadre théorique.

2.1 *Risque moral*

On dit qu'il y a risque moral sur le coût d'un bien (ou incertitude sur le comportement du prestataire) lorsque le niveau de coût peut être modifié par des actions du prestataire inobservables par le régulateur. On peut considérer comme relevant du risque moral des comportements plus ou moins légitimes de managers : qualité insuffisante des soins par rapport aux moyens engagés, prise en charge sélective des patients, mais aussi largesses ou facilités accordées aux employés, stocks pléthoriques, achats de matériel à prix élevé, tergiversation dans les décisions douloureuses (licenciements, réorganisation, maintien de l'activité dans des domaines à faible niveau de performance)...

En présence de risque moral, le problème essentiel est celui de **l'incitation**. Le prestataire n'a intérêt à réaliser l'effort optimal de réduction des coûts que s'il est **créancier résiduel** de son action, c'est-à-dire en langage courant s'il retire **l'intégralité des bénéfices** associés à l'augmentation de son effort (s'il ne retire qu'une partie des bénéfices de son action, il ne réalisera qu'une partie de son effort, réduisant les gains d'efficacité économique globale).

Dans ce cadre, la politique de rémunération du prestataire de soins **à un prix indépendant de son coût** possède les bonnes propriétés d'incitation : le prestataire a tout intérêt à développer des efforts de gestion puisque le bénéfice de ces efforts lui revient intégralement. En particulier le contrat dans lequel le régulateur fixe un prix égal au consentement à payer est parfaitement incitatif : le prestataire, qui retire l'intégralité du surplus de la relation, a tout intérêt à agir de façon optimale. Mais d'une manière plus générale, les politiques de prix fixe (c'est-à-dire fixés a priori sans relation avec les coûts particuliers effectivement engagés) ont un pouvoir incitatif maximal et sont envisageables dès que le prix est supérieur ou égal au coût minimal accessible au prestataire. De ce fait, le coût moyen des autres prestataires est un prix efficace, mais ni plus ni moins que n'importe quel autre coût compris entre le coût maximal et le coût minimal. Il sera montré plus bas que ces prix sont équivalents dès que l'on tient compte de la dynamique du comportement des acteurs.

2.2 *Anti-sélection*

Au contraire, on est en présence d'anti-sélection lorsque le niveau du coût est variable sans que cette variabilité soit imputable à une action particulière du prestataire. Le niveau du coût est conditionné par des déterminants exogènes a priori difficilement observables par le régulateur. A l'opposé du risque moral, l'incertitude concerne des conditions de production sur lesquelles le prestataire n'a aucune prise. Le coût de production d'un établissement de soins

peut être influencé par exemple par le contexte socioculturel dans lequel il évolue, (qu'il s'agisse du degré de qualification de son personnel ou de la précarité ou de l'état général des patients), par l'évolution technologique ou l'innovation en matière de pratiques (souvent coûteuse au début, au moment de sa mise en œuvre expérimentale, plus économe parfois par la suite).

En présence d'anti-sélection le problème essentiel est celui de la "**participation**" ou de la "**faillite inefficace**" : si le régulateur fixe un prix trop bas (permettant par exemple la rémunération de la prise en charge d'une pathologie donnée pour un patient jeune, mais pas pour une personne âgée), les prestataires faisant face aux coûts les plus élevés (ceux correspondant à la prise en charge de la personne âgée), apparemment les moins performants, ne pourront pas couvrir leurs coûts alors même que ce coût est inférieur au consentement à payer [le terme anti-sélection provient de ce phénomène : les entreprises ayant un coût élevé mais encore inférieur au consentement à payer, préfèrent ne pas produire. La tarification sélectionne de manière inefficace -fermeture de producteurs injustifiée-]. Pour éviter l'anti-sélection il faut donc fixer un **prix égal au niveau maximal envisageable du coût**. Ceci conduit à abandonner une rente aux producteurs faisant face aux coûts les plus bas, apparemment les plus performants.

2.3 Risque moral ou anti-sélection ?

En réalité la distinction faite ci-dessus est parfois un peu artificielle, sûrement trop théorique en tout cas. Souvent, les gestionnaires des producteurs de soins ont en fait peu de marges de manœuvre en matière de méthode d'organisation ou de gestion des emplois de sorte que ce qui devrait relever d'une problématique de type risque moral (c'est-à-dire d'effort de gestion) est en fait révélateur d'un problème d'anti-sélection (cas de certaine rigidité de la gestion de la main d'œuvre à statut). Parfois l'hétérogénéité des coûts est imputable à l'histoire en héritage des systèmes de tarification à l'acte ou à la journée (et l'apparente hétérogénéité des coûts, perçue comme exogène est en fait à la portée des efforts de recherche de productivité par le prestataire). Dans le même ordre d'idée, l'inertie des systèmes peut être telle que les résultats de l'effort peuvent prendre beaucoup de temps à se manifester concrètement.

Il est clair en tous cas que, dans les négociations, en bonne stratégie, les fournisseurs chercheront souvent à justifier l'hétérogénéité des coûts en faisant passer pour de l'anti-sélection ce qui relève de risque moral.

Il faut finalement considérer plus généralement que les deux types d'incertitude sont simultanés : le régulateur observe le coût mais ne sait pas si un coût élevé est signe de mauvaises conditions de production exogènes ou au contraire de comportement laxiste.

2.4 Risque moral et anti-sélection : un arbitrage entre incitation et maîtrise des dépenses

En pratique, le régulateur dispose tout de même, d'instrument d'observation lui permettant d'affiner son information sur les coûts. On peut faire en particulier l'hypothèse qu'il observe le coût réalisé mais ne sait pas distinguer ce qui relève d'anti-sélection et ce qui est attribuable au risque moral. En particulier en présence d'un coût "notablement" élevé il ne sait pas si cet excès est imputable à un effort de productivité- trop faible ou à des conditions exogènes défavorables.

La comparaison dans ce cadre des deux systèmes de régulation définis plus haut montre que **le problème du régulateur consiste à réaliser un arbitrage cornélien entre nécessité d'incitation à l'effort et impératif de maîtrise des dépenses.**

Le système de tarification " à prix fixe " c'est à dire qui prévoit une rémunération indépendante du coût observé a un pouvoir incitatif maximal. Malheureusement, tout gain de **productivité exogène** (c'est-à-dire indépendant de l'action du fournisseur), est intégralement capté par le producteur : un producteur bénéficiant de manière exogène de conditions de production favorables capte une rente indue (qui n'est justifiée par aucun effort de gestion). Dans la négociation, d'ailleurs, le gestionnaire qui se trouve dans ce cas de figure fera tout pour s'approprier la responsabilité de ces bonnes performances.

Au contraire, le système de tarification qui prévoit le **remboursement du coût observé** a un pouvoir incitatif nul. Tout gain de productivité exogène se fait au profit du "consommateur" mais il n'y a aucune incitation à des gains endogènes. Evidemment dans les négociations les gestionnaires montrant des coûts élevés chercheront à imputer cet état de fait à des raisons exogènes indépendantes de leur volonté.

Ces deux cas de figure éclairent l'arbitrage que doit résoudre le système de régulation. Clairement, selon l'importance relative des deux phénomènes, le système de tarification devra s'orienter soit sur un principe de prix fixe (risque moral prédominant) soit vers un système de remboursement des coûts (anti-sélection prédominante). Dans le cas le plus général on doit concevoir des **systèmes de tarification mixtes** dans lesquels le tarif est tel que la différence entre le prix et le coût est une fonction décroissante du coût.

3. Concurrence par comparaison

Comme on l'a vu précédemment, une régulation incitative à l'effort de gestion (qui lutte contre le risque moral) abandonne des rentes indues lorsque les prestataires bénéficient de façon exogène de conditions de production favorables, puisqu'elle retient un prix fixe indépendant des coûts particuliers de production.

Lorsque le régulateur fait face simultanément à plusieurs prestataires en situations comparables il peut tirer partie de cette multiplicité pour minimiser ce type de rente en utilisant un mécanisme de concurrence par comparaison.

Il est utile, pour bien caractériser la concurrence par comparaison, de distinguer deux types d'incertitude en matière d'anti-sélection.

3.1 Incertitude systématique et incertitude idiosyncrasique

Comme nous l'avons vu plus haut, le coût observé est une combinaison d'un coût exogène indépendant de l'action du prestataire (paramètre d'anti-sélection) et de gains de productivité dépendants au contraire d'efforts de gestion (paramètre de risque moral). Le régulateur observe le coût total mais ne sait a priori pas reconstituer ses composants : s'il observe un coût élevé il ne sait pas si ce niveau excessif est imputable à un manque d'effort de gestion (une mauvaise organisation, du gaspillage...) ou provient au contraire de conditions de production défavorables sur lesquelles le gestionnaire ne peut rien (population âgée ou souffrant d'un mauvais état général). Pour la partie exogène (anti-sélection) deux cas polaires se présentent. Dans le premier, l'incertitude est systématique : la composante exogène du coût est identique pour tous les prestataires mais inconnue du régulateur. Dans ce cas, chaque pathologie a un coût objectif donné indépendant de l'hôpital mais le régulateur n'a aucun moyen a priori de le

connaître. Dans le second cas au contraire l'incertitude est " idiosyncrasique " : la composante exogène du coût diffère d'un hôpital à l'autre sans qu'il puisse être établie aucune corrélation entre les informations issues de chacun d'eux. Evidemment, en pratique l'incertitude est mixte : les composantes exogènes des coûts ne sont qu'imparfaitement indépendantes, on dit qu'elles sont partiellement corrélées.

Cette distinction a une importance fondamentale en terme de régulation. Dans le cas d'incertitude systématique, si le régulateur observe que tel hôpital a un coût total plus élevé que tel autre il peut en conclure avec certitude que le premier hôpital déploie moins d'efforts de productivité que le second. Ainsi la comparaison permet de diminuer le déficit informationnel. Le coût inconnu est inférieur ou égal au coût minimal observé.

Dans le cas au contraire d'incertitude idiosyncrasique, la comparaison n'apporte rien. Le coût de chaque établissement reste inconnu.

Cette remarque va permettre de caractériser les tarifications efficaces lorsque l'incertitude est systématique.

3.2 Concurrence par comparaison dans le cas d'incertitude systématique

Dans le cas d'incertitude systématique le régulateur peut tirer partie de la parfaite corrélation des coûts entre les hôpitaux pour minimiser les rentes. L'idée est simple, elle consiste essentiellement à une régulation de la forme suivante : "je te rembourse au niveau du coût que j'observe sur ton voisin pour la même prestation ".

L'étude précédente montre que la tarification incitative doit être telle que la rémunération d'un prestataire donné doit être, **ex ante, indépendante de son coût**. Pour le producteur en question, **c'est une tarification de type prix fixe qui l'incite à l'effort optimal**.

Comme tous les coûts systématiques sont égaux, les coûts observés seront nécessairement égaux ex post, puisque tous les prestataires auront le même comportement.

Comment alors fixer le prix proposé à un prestataire donné de manière à limiter les rentes ? Il suffit en fait de proposer une rémunération qui dépend des coûts observés sur les autres.

Comme ces coûts sont, ex post, tous identiques, le prix est égal au coût et la rente est nulle.

Il existe a priori une infinité de mécanismes de concurrence par comparaison équivalents. En notant p_i le prix proposé au prestataire i , il suffit d'avoir

$$p_i = F(c_1, c_2, \dots, c_{i-1}, c_{i+1}, \dots, c_n) \text{ avec une formule } F \text{ qui soit telle que } F(c, c, \dots, c) = c.$$

On peut par exemple prendre pour F les formes suivantes :

- moyenne des coûts des autres,
- minimum ou maximum du coût des autres,
- coût du voisin,
- plus généralement, mode, médiane, centile quelconque...

La formule de calcul ci-dessus appelle quelques remarques.

Tout d'abord, il est important de noter que la condition principale est l'indépendance de la formule en fonction du coût observé de l'établissement. Le système de concurrence par comparaison s'apparente en tout point à un système de type prix fixe (incitation à l'effort maximal).

La seconde remarque est elle aussi importante en matière de conséquences pratiques théoriquement, ex post, les coûts observés doivent être identiques (c'est d'ailleurs pour cette raison qu'il existe une multitude de formules possibles) et le prix fixe suffit à inciter instantanément à l'effort. Evidemment, en pratique l'ajustement ne se fait peut être pas de

manière aussi immédiate, il existe une certaine inertie des variables d'actions sur le coût. Si l'inertie est identique pour tout le monde alors il n'y a aucune raison que les coûts observés ne soient pas égaux. Autrement dit tant que l'hypothèse d'incertitude systématique est valide il n'y a aucune raison d'observer des coûts différents. Que doit-on conclure si l'on observe des coûts différents ? La réponse est double : ou bien l'engagement du régulateur manque de crédibilité et certains gestionnaires cherchent à faire passer du risque moral pour de l'anti-sélection, ou bien il s'agit d'incertitude idiosyncrasique, c'est-à-dire que les prestataires ne sont en fait pas identiques (que leur environnement ne l'est pas).

3.3 Cas général

Dans le cas général, les prestataires ne sont pas identiques. Si leurs coûts sont complètement indépendants alors la concurrence par comparaison n'apporte rien.

En revanche si l'on suppose que leurs coûts sont corrélés imparfaitement, c'est-à-dire qu'ils sont incomplètement indépendants, alors la concurrence par comparaison permet d'améliorer la régulation en supprimant de fait l'incertitude systématique.

On peut supposer par exemple que le coût dépend de deux types de facteurs : des facteurs globaux qui affectent les hôpitaux simultanément (risque systématique, par exemple épidémie) et des facteurs locaux qui affectent les producteurs de manière différenciée (par exemple environnement socio-économique).

La concurrence par comparaison permet de s'affranchir de la première incertitude mais pas de la seconde : s'il existe de l'anti-sélection résiduelle (hétérogénéité de coût irréductible), alors la régulation optimale doit être **une régulation mixte qui combine remboursement des coûts et prix fixe**. La différence avec ce qui a été exposé plus haut c'est alors que la partie " prix fixe " est ajustée sur une formule de concurrence par comparaison.

4. Les problèmes ou effets indésirables

La régulation par concurrence par comparaison est une régulation de type "prix fixe " elle en possède donc les effets indésirables potentiels. On citera ici de manière très préliminaire les effets bien documentés en matière de sélection et en matière de qualité.

4.1 Sélection des patients

A la différence d'un service standard, la prise en charge d'une pathologie n'est pas complètement déterminée en elle-même, mais dépend aussi du patient qui la subit : le coût de prise en charge dépend bien sûr de la maladie mais peut aussi dépendre de certaines caractéristiques du patient difficilement observables ou classables dans une approche de classification de type GHM. Il en résulte que devant une tarification de type prix fixe, le producteur peut être tenté de sélectionner les patients dont le coût est relativement faible. Il existe donc un risque, que doit contrôler le régulateur, de prise en charge partielle des séjours extrêmes, ou repérés comme tels, ou de transferts de patients précaires, ou en mauvais état général, ou âgés, etc. Une observation minutieuse des conditions d'accès aux établissements de santé (entrées directes ou transferts et que ces établissements soient publics ou privés) doit être organisée en cas de passage à un système de tarification à la pathologie.

4.2 Qualité des soins

De même, lorsque la qualité des soins n'est pas observable facilement et qu'elle ne peut donc faire l'objet d'une rémunération particulière, le prestataire n'est pas incité à améliorer la qualité

de l'offre et peut même être conduit dans certains cas à proposer des prestations insuffisantes. Une observation continue minutieuse de la qualité des prestations est également nécessaire en cas de passage à un système de tarification à la pathologie, afin de contrôler ce risque et de s'assurer que l'effet qui pourrait éventuellement être observé sur les coûts ne correspond pas à un moindre niveau de qualité plutôt qu'à un approfondissement de l'effet de gestion.

4.3 Collusion

Le risque de collusion fait référence à la possibilité qu'ont les établissements de coordonner leurs actions de manière à éviter la pression concurrentielle. Concrètement, s'ils se mettent d'accord pour limiter leurs efforts de productivité et obtenir ainsi des coûts surévalués, le régulateur ne peut mettre enjeu efficacement le mécanisme de concurrence par comparaison, puisque la comparaison est elle-même biaisée. Théoriquement, on montre pourtant que ce risque n'est pas vraiment à redouter dans la mesure où la coordination des établissements n'est pas une stratégie spontanée. En effet, chaque établissement pris individuellement a intérêt à rompre la coalition selon le mécanisme séquentiel suivant :

- chaque membre de la coalition a en effet intérêt à être le seul à faire des gains de productivité si les autres n'en font pas, ce qui lui assure une rente égale à la différence entre son coût et celui affiché par les autres partenaires de la coalition,
- comme chaque membre a la même incitation à être le seul à faire des gains de productivité, tous le font,
- au total, tous les membres faisant des gains de productivité, la possibilité d'une manipulation des tarifs par le groupe des prestataires disparaît.

4.4 Surclassement

Le codage de chaque séjour est un processus complexe et l'affectation à un groupe homogène de malade souvent affaire délicate d'arbitrage. La tentation est grande dès lors, en cas d'ambiguïté, d'une affectation systématique dans les groupes les plus coûteux. La mise en place d'une tarification à la pathologie doit donc s'accompagner également d'un système d'observation de la gravité moyenne des cas, afin de repérer une éventuelle dérive de codification vers les pathologies les plus lourdes.

4.5 Segmentation

La mise en œuvre du programme Medicare aux Etats-Unis, si elle a bien eu un effet de frein au moment de sa mise en place, ne s'est pas accompagnée durablement d'un ralentissement de la croissance des dépenses de santé [McClellan, Economie de la santé. Trajectoires du futur. Paris Economica Jacobzone éditeur]. Une explication de ce phénomène a pu être trouvée dans le découpage - saucissonnage - des séjours associés à une même pathologie, conduisant à multiplier les facturations. On a ainsi pu dire que le paiement à la pathologie avait fini par ressembler à un nouveau mode de paiement à l'acte, puisque chacun d'eux pouvait conduire à définir un séjour particulier. L'interprétation de l'expérience américaine ne va cependant pas de soi, tant il est vrai que le découpage des séjours peut correspondre à une prise en charge plus souple - plus efficace - et contribuer de la sorte à réduire le nombre de journées d'hospitalisation. Là encore, la mise en place du paiement à la pathologie devrait s'accompagner d'une observation précise des pratiques médicales et des pratiques d'enregistrement.

PAIEMENT PROSPECTIF A LA PATHOLOGIE

K. MOSCHETTI

Université de la Méditerranée

La tarification à la pathologie est le mécanisme d'allocation des ressources appliqué aux États-Unis depuis une quinzaine d'années dans le cadre du programme Medicare. Il est, depuis peu, largement repris par les HMO (Health Maintenance Organizations). Il est possible de confronter à l'expérience les propriétés de ce mode de financement des dépenses de santé, notamment en termes de maîtrise de ces dépenses et d'observer les effets pervers qu'il peut engendrer dans la pratique.

1. Définitions et attributs du paiement à la pathologie

1.1 Définition

Le système de ce paiement prospectif proposé à un agent par une tutelle, repose sur l'attribution d'un montant fixé antérieurement à la période de production. Les agents reçoivent un paiement forfaitaire basé sur un coût défini ex ante et indépendant de leurs coûts effectifs. L'application de ce mode de fonctionnement à l'hospitalisation a pour but d'inciter les hôpitaux à minimiser les coûts de traitement des patients soignés. En effet, si, pour une pathologie donnée, les hôpitaux utilisent plus de ressources que celles prévues par le forfait, ils perdent la différence. Par contre, les établissements dont les coûts de production sont inférieurs à ce prix bénéficient de la différence. Le paiement prospectif incite ainsi les établissements à contrôler l'utilisation de leurs inputs : le paiement rétribue la production de soins en tant que telle et non uniquement l'utilisation d'un certain nombre de ressources.

1.2 Modalités d'application

L'unité de remboursement choisie pour le paiement à la pathologie est le séjour. Ce dernier est classé lors de son hospitalisation dans un groupe de pathologie dit Groupe Homogène de Malade. Ce classement compte, aujourd'hui, près de 580 groupes construits sur des critères d'homogénéité de traitements utilisés pour des pathologies très proches : "a les malades d'un même groupe nécessitent des consommations similaires de soins" [Fetter (1986)]. L'hôpital est remboursé pour chaque séjour sur la base de son classement, à chaque groupe étant associée une rémunération forfaitaire.

Un schéma de paiement prospectif a été expérimenté en 1983 puis généralisé en 1987 aux États Unis avec le programme MEDICARE. Est remboursé à chaque offreur de soins un montant fixe par séjour, en fonction du GHM du séjour, indépendamment des volumes et de l'intensité des soins fournis.

1.3 Avantages et inconvénients théoriques

La mise en place d'un tel mécanisme peut avoir, en théorie, plusieurs avantages :

- il ne propose pas une tarification adaptée à la structure économique des coûts de chaque établissement de soins mais les incite au contraire à plus d'efficacité productive ;
- ce système, contrairement au rationnement administratif par enveloppe globale, laisse à l'hôpital la maîtrise totale de son processus de production ;

- enfin le classement en groupes de pathologie peut, en théorie, tenir compte des différences existantes au sein de la clientèle des hôpitaux et assurer une rémunération plus équitable.

Mais ce paiement peut entraîner de la part des hôpitaux, des comportements stratégiques négatifs :

- l'hôpital peut chercher à sélectionner sa clientèle pour prendre en charge à l'intérieur d'un GHM, les malades moins atteints qui permettront de mettre en œuvre des soins dont le coût sera inférieur au forfait [Dranove, 1987] ;
- les établissements désirant compenser la contrainte financière peuvent prendre certaines décisions au détriment du bien être des patients, par exemple diminuer la qualité des soins. Avec le système de paiement à la pathologie, une façon condamnable, mais tentante de faire des profits est de fournir à certains patients une " sous-qualité " [Ellis et McGuire 1986]. La nature de la qualité fournie est déterminée en fonction de la marge que peuvent réaliser les établissements. Les hôpitaux en proposant une qualité variable, peuvent attirer ou au contraire décourager certains des patients [Hodgkin & McGuire (1994)].

2. Leçons de l'expérience de MEDICARE

2.1 Ralentissement temporaire des dépenses en " marche d'escalier "

Une première constatation réalisée à la suite de la mise en place de la règle de paiement à la pathologie est le ralentissement notable de la croissance des dépenses de MEDICARE au moment de l'introduction de ce dispositif. En deux ans (1982-1984) les hôpitaux soumis au paiement prospectif ont enregistré une croissance de leurs dépenses deux fois moins importante que celle des hôpitaux remboursés sur d'autres systèmes [Feder & al. (1987)]. Mais, dès cette période terminée, la croissance des dépenses de ces établissements a repris à un rythme comparable à celle observée dans ces derniers. Le ralentissement temporaire a donc joué comme une marche d'escalier : il n'a pas été rattrapé, mais il n'a pas joué de manière cumulative.

De manière générale, les évaluations de l'expérience américaine montrent que le paiement prospectif à la pathologie [Antel, 1995] n'a pas, comme d'ailleurs les autres méthodes de régulation, réussi durablement à freiner les coûts.

Cependant, il apparaît rapidement que le système appliqué dans Medicare (McClellan, 1992) est, en fait, un système mixte où une partie des coûts est forfaitaire et l'autre prend en compte les actes pratiqués. Ce caractère mixte aurait permis d'éviter la concrétisation des risques de sélection des patients et de détérioration de la qualité des soins, mais a limité l'impact de cette forme de régulation sur l'évolution des dépenses de santé.

2.2 Autres effets positifs

i) Diminution du nombre d'admissions

Le paiement prospectif basé sur le patient incite à la maîtrise des coûts de séjour par patients mais n'incite pas à restreindre le nombre de séjours. Ainsi un comportement stratégique des hôpitaux, pour augmenter la quantité de séjours, aurait pu prendre la forme de réadmission des patients.

Mais, l'expérience montre une baisse du nombre de patients traités par les hôpitaux. [Fetter (1986) ; Russel & al. (1989) et HCFA (1998)]. On constate une diminution de près de 11 %

au cours des huit premières années suivant la mise en place du système [Hodkin et McGuire (1994)]. Le contrôle des coûts n'a donc pas provoqué en compensation une augmentation du nombre de séjours.

Cette contraction peut éventuellement s'expliquer par l'effet additionnel du " managed care ". En effet les hôpitaux sous tutelle sont contraints de contrôler l'utilisation des soins afin de maîtriser les dépenses.

ii) Baisse de la durée de séjour

Une troisième constatation est la baisse de la durée moyenne des séjours. En effet la durée de séjour a diminué de 9 % pendant la première année et a chuté au total de 14,6 entre 1982 et 1985 (cf. Folland, Goodman, et Stano, 1996, p.457). Notons que pendant le même temps, les durées d'hospitalisation, dans les hôpitaux n'appartenant pas à MEDICARE ont diminué également. Toutefois des travaux économétriques confirment l'impact significatif du paiement prospectif sur la diminution de la durée moyenne de séjour [Salkever & al. (1986), Rosko & Broyles (1986), Register (1988)]. L'interprétation de cette dernière est toutefois controversée certains y voyant une baisse de qualité (voir infra).

2.3 Effets négatifs

i) " DRG creep "

Les hôpitaux, suite à la mise en place de la tarification à la pathologie ont été accusés de surclasser les patients dans des groupes " plus rémunérateurs " que celui qui correspondait à la vraie pathologie du patient. Il s'agirait d'une réponse stratégique des hôpitaux pour augmenter leur remboursement. En effet, le classement des patients dans un groupe peut être fait a posteriori, une fois les soins administrés en tenant compte du coût effectif de l'intervention. Mais, ce phénomène appelé " DRGs creep " (To creep : se faufiler) peut aussi provenir d'une réelle " aggravation " des cas traités ou de difficultés à classer les patients tant les diagnostics de " tri " sont nombreux et complexes.

ii) Sélection de patients

Poussé à l'extrême, le comportement de sélection de la clientèle conduit donc à exclure de l'accès aux soins les patients les plus malades. De tels comportements ont été observés. Pour éviter de telles conséquences, le gouvernement des Etats-Unis a voté une loi interdisant aux hôpitaux de refuser des patients jugés " trop malades". La réponse de certains établissements à cette décision, de peur de devoir traiter des patients trop onéreux, fut la fermeture des services d'urgences [Chamorand (1996)].

Sans aller jusque là, d'autres formes de sélection peuvent exister. Ainsi les hôpitaux peuvent "trier" les patients qu'ils vont recevoir en sélectionnant certains types d'équipements ou de spécialistes [Newhouse (1996c)]. Par exemple, certains établissements choisissent de ne pas traiter les diabétiques, les complications liées au diabète pouvant être lourdes à soigner.

La sélection peut conduire l'hôpital à proposer une sur-offre en terme de qualité des soins aux patients. L'objectif est d'attirer un maximum de clientèle peu coûteuse. La sélection permet à l'offreur de soins d'augmenter ses profits dans le traitement d'une pathologie et l'incite donc à saturer sa capacité de production, sans chercher à faire un effort de réduction des dépenses.

La sélection occasionnée par le paiement prospectif semble s'accompagner de la diminution de l'effort de réduction des dépenses, d'une spécialisation non efficace et d'une concurrence entre les établissements plus que faussée.

iii) Ajustement par la qualité

Dans le paragraphe précédent la diminution du temps d'hospitalisation a été perçue comme bénéfique. Certains auteurs donnent une analyse différente à cette évolution. Ils l'interprètent comme le signe d'une dégradation de la qualité des soins. [Rosko & Broyles (1987)].

Ainsi, actuellement aux Etats-Unis, les HMO (Health Maintenance Organizations), qui avaient pour ambition de faire baisser les coûts en proposant de gérer globalement la santé de leurs adhérents, sont vivement critiqués par les médecins pour appliquer des méthodes de gestionnaire à la gestion de la santé ce qui conduit à des rejets des décisions thérapeutiques des médecins et, donc, à la détérioration de la qualité des soins.

3. Pouvoir incitatif nuancé et système mixte

D'un point de vue pratique, les analyses précédentes mettent en évidence des efforts de la part des hôpitaux (soumis à la tarification à la pathologie) à la suite de la mise en place du paiement prospectif pour réduire les coûts ou rationaliser leur production. Mais un des problèmes importants rencontrés dans ce système est l'hétérogénéité des malades. Non seulement elle a des conséquences en termes d'équité du mécanisme de remboursement mais également en termes d'incitation. Le paiement prospectif étant équivalent à une absence d'assurance, les hôpitaux sont donc incités à la sélection des "bons patients", à une stratégie d'écramage (traduction de l'anglais skimping), et à administrer des soins de "deuxième catégorie".

Ainsi, les incitations engendrées par le paiement prospectif, analysés à travers des développements théoriques, peuvent avoir des résultats mitigés. La solution proposée pour résoudre les deux problèmes d'hétérogénéité pure et d'incitation est fournie par le système de paiement mixte ("risk-sharing", finalement appliqué dans Medicare). Il combine, dans une proportion variable, d'une part un forfait et d'autre part un remboursement du coût. L'intérêt de cette forme de paiement est de prendre en compte les coûts individuels et l'aléa moral auquel est confronté l'hôpital en prenant en charge le malade. En effet, la composante "partage du coût" du paiement mixte garantit le fournisseur contre une partie du risque.

Divers auteurs travaillent sur ce type de paiement pour tenter de donner une réponse au problème de non-homogénéité des patients. Ainsi, des modèles construits comme une combinaison d'une partie prospective et d'un coût individuel semblent être efficaces [Ellis & McGuire (1986, 1988, 1990); Pope (1989, 1990); Siegel & al (1992), Newhouse (1996c)]. Le problème soulevé alors par ce type de schéma est la détermination de la part respective donnée aux deux parties, détermination de nature empirique.

Les résultats constatés dans un premier temps semblent positifs, l'impact le plus important de la mise en place de ce mécanisme mixte étant d'avoir contraint les producteurs de soins à rompre avec les incitations perverses des schémas précédents de paiement. Les effets à long terme de la tarification prospective sont, en revanche, plus difficilement observables.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALLEN & GERTLER (1991), " Regulation and the provision of Qualité to Heterogenous Consumers : The case of Prospective Pricing of Medical Services", Journal of Regulatory Economics, Vol. 3, pp. 361-375.
- ANTEL J. J. OHSFELDT R. L. et BEXKER E. R. " State regulation and hospital colts ", The Review of economics and statistics, vol 77, n° 3, août 1995.
- CHAMORAND E. (1996), Le système de santé américain, Notes et Etudes documentaires, La Documentation Française, No 5300,1996/5.
- DRANOVE D. (1987), " Rate setting by . diagnosis related groups and hospital specialization ", Rand Journal of Economics, Vol. 18, No.3 (aut.), pp. 417-427.
- ELLIS R.P. & McGUIRE T.G. (1986), " Provider Behavior under prospective reimbursement : colt sharing and supply " , Jjournal of Health Economics, Vol.5. pp. 129-151.
- ELLIS R. & McGUIRE T. (1988), " Insurance principle and the design of PPS ", Journal of Health Economics, Vol.7, pp,215-237.
- ELLIS R.P. & McGUIRE T.G. (1990), " Optimal payment systems for health services", Journal of Health Economics, Vol. 9, pp.375-379.
- FEDER J., HADLEY J. & ZUCKERMAN S. (1987), " How did medicare's prospective payment system : the victim of aggregation bias ? ", Review of Economics and Statistics, Vol. 74, No. 1, pp.185-191.
- FETTER R.F. (1986), "Les DRG, le prix et l'expérience DRG dans le monde", Journal d'Economie Médical, Vol. 4, No. 5, pp265-273.
- HARTMANN L. (1999) Thèse: Tarification, régulation et incitations dans le secteur hospitalier privé en France.
- HCFA (1998) : site internet <http://www.hcfa.gov/medicare/medicare.htm>
- HODGKIN & McGUIRE (1994), " Payment levels and hospital response to prospective payment " , Journal of Health Economics, Vol. 13, pp. 1-29.
- MA A.C.T. (1994), " Health care payment system :colt and quality incentives " , Journal of Economic and Management Strategy, MIT, Vol. 3, No. 1, pp. 113-142.
- MOUGEOT M. (1993), "Concurrence et incitations dans le système hospitalier", Revue Française d'Economie, Vol. VIII, No. 2, pp. 109-132.
- McCLELLAN, M. "Incitations et financements des hôpitaux : le partage prospectif et rétrospectif des coûts ", in Economie de la santé. Trajectoire du futur (Jacobzone ed.), Economica., Paris
- NEWHOUSE J.P. (1992), " Medical care colts : how much welfare loss ? " , Journal of Economics perspectives, Vol. 6, No. 3. Pp. 3-21.
- NEWHOUSE J.P. (1996a), " Policy watch : Medicare " , Journal of Economic Perspectives, Vol. 10, No. 3. Pp. 159-167.
- NEWHOUSE J.P. (1996b), " Health reform in the United States " , Economic Journal, Vol. 106, No. 439.pp. 1723-24.
- NEWHOUSE J.P. (1996c), " Reimbursement Health Plans and Health Providers : Efficiency in production versus selection " , Journal of Economic Literature, Vol. 34, No.3. pp.1236-63.
- POPE G.C. (1989), " Hospital nonprice competition and medicare reimbursement policy, Journal of Health Economics " , Vol. 8, No. 2, pp. 147-14
- POPE G.C. (1990), " Using hospital-specific costs to improve the fairness of prospective reimbursement " , Journal of Health Economics, Vol. 9, pp. 237-251.

- REGISTER C.A. (1988), " Hospital performance under the medicare prospective reimbursement system ", Atlantic Economic Journal, Vol. 16, No. 4, pp. 62-76.
- ROSKO & BROYLES (1986), " The impact of the New Jersey all payer DRG system ", Inquiry, Vol. 23.
- ROSKO M.D. & BROYLES R.W. (1987), " Short term responses of hospitals to the DRG prospective pricing mechanism in New Jersey ", Medical Care, Vol. 25, No. 2, pp.88-99.
- RUSSEL L.B. & MANNING C.L. (1989), " The effect of prospective payment on medicare expenditures ", New England Journal of Medicine, Vol. 320, No. 7, pp. 439-444.
- SAGE E. (1999) Thèse : La concurrence par comparaison, Théorie et applications Une proposition pour le secteur de l'eau en France.
- SALKEVER D., STEINWACKS D. & RUPP A. (1986), " Hospital costs and efficiency under per-service and per-case payment in Maryland : a tale of the carrot and the stick " Inquiry, Vol. 23. Pp. 56-66.
- SHLEIFER A. (1985), " A theory of Yarstick competition ", Rand Journal of Economics, Vol. 16, No. 3. Pp. 319-327.
- SIEGEL C., JONES C., LASKA E., MEISNER M. & LIN S. (1992), " Risk-based prospective payment that integrates patient, hospital and national costs ", Journal of Health Economics, Vol. 11, No. 1, pp. 1-44.

A signaler également que vous pouvez vous procurer auprès de la Documentation française le Dossier : La tarification à la pathologie : les leçons de l'expérience étrangère (N.Hors série juillet 2002) Ministère des affaires sociales, Solidarité santé études statistiques ISSN : 0764-4493