

Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas.

Gérard de Pouvourville

Professeur, Chaire d'Economie de la Santé, ESSEC, Cergy-Pontoise

1. Introduction

A la fin des années soixante-dix, une série de travaux de recherche initiés aux Etats-Unis a débouché sur une innovation majeure pour la régulation financière et la gestion des hôpitaux. Faisant suite à de nombreux travaux empiriques, l'équipe de Robert Fetter à l'Université de Yale a élaboré la première version d'une classification des séjours hospitaliers, les Diagnosis Related Groups (DRG), permettant de décrire avec un nombre réduit de classes l'activité de court séjour et de comparer la productivité des établissements entre eux. Pour la première fois, les gestionnaires hospitaliers et les payeurs disposaient d'un outil leur permettant d'observer la production hospitalière en partant des caractéristiques des malades traités et des traitements mis en œuvre. Medicare, le fonds fédéral d'assurance maladie des personnes âgées, a utilisé les DRGs pour mettre en place un système de paiement prospectif au cas et remplacer un coûteux et inflationniste système de paiement rétrospectif à la journée (de Pouvourville, 1990).

Le système DRG a été introduit en France en 1982 dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI), les DRG devenant des Groupes Homogènes de Malades (GHM) (Kimberly, de Pouvourville, 1993). Il a fallu encore 22 ans pour que cet outil soit utilisé comme Medicare pour instaurer une forme de paiement prospectif au cas, la Tarification à l'Activité (ou T2A) dans les secteurs hospitaliers publics et privés.

La T2A a été présentée lors de sa mise en œuvre comme une réforme majeure de financement des établissements hospitaliers publics et privés de court séjour, instaurant une incitation à l'efficacité en coûts et à une meilleure réponse aux besoins de la population. Désormais, les recettes d'un établissement seraient directement liées à son activité, mesurée par sa production en séjours classés en GHM et en actes pour son activité de consultation et d'actes techniques réalisés en externes. Les nomenclatures de production (la classification des GHM la Classification Commune des Actes Médicaux) donnent lieu à l'établissement d'un tarif national opposable à tous les producteurs de soins.

Pour le secteur privé, cette réforme n'était pas un changement aussi important que dans le public: depuis toujours, les recettes des cliniques étaient liées à leur activité, avec un système de facturation complexe qui combinait prix de journée, rémunération à l'acte du plateau technique, forfaits journaliers de dépenses médicamenteuses et remboursement de certains médicaments et dispositifs médicaux coûteux. En fait, les cliniques fonctionnaient déjà sur la base d'un paiement à l'activité avec une part rétrospective pour la prise en charge des produits coûteux.¹ La T2A introduit néanmoins un changement sensible, en forfaitisant et uniformisant

¹ Le mécanisme de bouclage macroéconomique des dépenses du secteur privé, dit d'Objectif Quantifié national (OQN).

la rémunération des frais de séjour et en rapportant ce forfait à chaque GHM, assurant ainsi la comparabilité avec le secteur public.

En revanche, la T2A présente dans son principe une rupture majeure avec la procédure préexistante dite de budget global, fondée sur les mécanismes suivants. A partir d'un objectif annuel d'évolution des dépenses hospitalières du secteur public remboursées par l'Assurance Maladie (l'ONDAM) voté par le Parlement, une allocation régionale des masses budgétaires correspondantes était réalisée, charge aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (les ARH) de les répartir entre les établissements de court séjour sur une base principalement des coûts historiques et, de façon très marginale, sur la base de l'écart entre les coûts unitaires de chaque établissement et du coût moyen régional. L'indice de coût utilisé était le point ISA², calculé à partir de la classification en GHM. A chaque GHM était associé un indice de coût relatif, un nombre de points relatifs (les points ISA), reflétant en principe le coût moyen national de production du groupe. Les établissements relativement moins chers bénéficiaient alors d'une augmentation autorisée de leur budget historique plus élevée que les établissements les plus chers.

Cette procédure budgétaire a ralenti la progression des dépenses hospitalières en provoquant une réorganisation et une rationalisation des services ancillaires de l'hôpital (restauration, blanchisserie, etc.), en limitant la croissance des effectifs des personnels soignants non médicaux, mais sans toucher au moteur de la croissance des dépenses, les dépenses médicales. Mais elle était porteuse d'incitations perverses : pour autant que la contrainte d'équilibre budgétaire était réelle, elle ne corrigeait qu'à la marge les disparités de coûts unitaires entre établissement. Elle pénalisait les établissements dynamiques en activité : pour rester à l'équilibre, ils devaient en effet financer les dépenses supplémentaires liées à un surcroît d'activité par des gains de productivité équivalents. Cela sanctionnait les établissements mal dotés et dynamiques, les établissements bien dotés ayant un *slack* plus important de gains de productivité. Les établissements peu dynamiques, chers ou moins chers, étaient quant à eux peu pénalisés, puisque leur dotation budgétaire était malgré tout indexée sur l'ONDAM national. Enfin, du fait du caractère global de ce mécanisme, les équipes de direction des établissements publics avaient peu d'incitation à connaître leurs coûts de production.

Ce mécanisme globalement pervers était en plus atténué par d'autres sources de financement. En premier lieu, il n'y a jamais eu de sanction forte des établissements déficitaires : les comptes sont présentés à l'équilibre par report de charges sur les années suivantes, au détriment des fournisseurs des hôpitaux. En deuxième lieu, sur ce mécanisme central, se greffaient d'autres sources de financement ayant pour effet d'alléger la contrainte prospective, par exemple dans le cadre d'actions de santé publique décidées au niveau national.

En principe, la T2A introduit des mécanismes vertueux incitant les établissements à faire des gains d'efficacité productive, de façon à aligner leurs coûts par prestation sur les tarifs nationaux. Les établissements qui parviennent à assurer leur équilibre financier ou qui dégagent des marges peuvent alors, selon leur statut, soit les réinvestir dans des activités nouvelles et améliorer encore plus leur compétitivité par une diversification des services offerts, soit, dans le secteur privé, rémunérer les propriétaires ou les salariés. Les autres établissements doivent parvenir à équilibrer leurs comptes soit en réduisant leurs coûts unitaires à activité constante, soit en augmentant leur activité pour diminuer leurs coûts fixes unitaires.

² Indice Synthétique d'Activité

2. La mise en œuvre de la T2A

L'article de Schleifer (1985) est considéré comme le premier d'une série de travaux, déclenchés par l'instauration d'un paiement prospectif au cas par Medicare en 1983. Il propose une règle simple de fixation des prix pour un payeur traitant avec n firmes indépendantes les unes des autres. Dans son modèle, le payeur peut observer le coût marginal de chaque producteur, ainsi que la fonction de productivité qui lie le coût de l'effort à la réduction du coût marginal. Le prix du producteur i est fixé par le payeur au coût moyen des $n-1$ autres producteurs. Il montre alors que la procédure aboutit à un équilibre de Nash où chaque firme a intérêt à choisir un niveau de coût égal au coût moyen de l'ensemble des producteurs. Il appelle ce modèle la concurrence par comparaison (« yardstick competition »).

Mougeot (1998) propose une autre procédure de mise en concurrence des producteurs de soins s'appuyant sur des tarifs prospectifs au cas. Il appelle « concurrence organisée » une procédure d'appel d'offre visant soit à sélectionner un monopoleur local, soit à partager le marché entre différents hôpitaux sur la base de propositions en termes de prix et de qualité.

On montrera que la T2A n'est pas un modèle pur de paiement prospectif, ni un modèle pur de concurrence par comparaison, ni un modèle de concurrence organisée, bien qu'elle se rapproche plus de ce dernier modèle. Elle mélange en effet des modes de financement prospectif et rétrospectif. Elle est intégrée dans un ensemble de mécanismes complémentaires d'allocation des ressources qui font système et qui peuvent modifier ses effets attendus.

Le bouclage macroéconomique des dépenses hospitalières

En premier lieu, le payeur public a maintenu un mécanisme centralisé de contrôle global des dépenses des dépenses hospitalières, justifiée par la nécessité d'équilibrer les recettes de l'Assurance Maladie et ses dépenses. Or, la T2A incite les établissements à augmenter leur activité, soit pour financer leur développement futur en dégageant des marges d'exploitation, soit pour retourner à l'équilibre. Cette augmentation se traduit donc par une augmentation correspondante des dépenses.

Aux Etats-Unis, ce bouclage macro-économique n'existe pas : la régulation des dépenses et donc des volumes de production est le fait des compagnies d'assurance. Celles-ci tentent de contrôler l'activité des établissements en régulant l'accès aux soins pour leurs adhérents, par le biais d'autorisations préalable d'admission.

Cette régulation de l'accès aux soins n'existe pas en France et ne serait sans doute pas acceptée tant elle est contraire au principe de liberté d'accès aux soins. Pour éviter que l'activité induite par la T2A n'augmente les dépenses hospitalières au-delà des objectifs de l'ONDAM, le gouvernement français a donc mis en place un mécanisme d'ajustement *ex post* de type prix/volume pour les secteurs publics et privés. La fixation de l'ONDAM hospitalier ($n+1$) se fait sur la base de prévisions en matière d'augmentation de l'activité hospitalière et des prévisions en matière d'augmentation des coûts des facteurs de production, sous contrainte de besoins de financement de l'Assurance Maladie. Le tarif par GHM est alors la variable d'ajustement entre besoins estimés et objectifs d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Le maintien de modes mixtes de financement à risque de subventions croisées.

Le mécanisme d'ajustement tarifaire tient aussi compte de l'évolution de trois autres postes de dépenses hospitalières : les activités de soins hors T2A, les dotations aux missions de recherche, d'enseignement et d'intérêt général (dites MERRI-MIGAC) pour le secteur public, enfin les dépenses relatives aux molécules et aux dispositifs médicaux dits onéreux, qui sont remboursés à 100%³ sur la base d'une liste dont le contenu évolue au cours du temps. Autrement dit, les ajustements tarifaires portant sur les prestations d'hospitalisation sont déconnectés partiellement a) de l'évolution des coûts de production b) des marges de manœuvre des établissements en matière de gains de productivité.

Ces trois dernières années, les financements MERRI-MIGAC étaient attribués de façon modulée entre les établissements, sur une base principalement rétrospective de coûts déclarés avec partage de risque (pas de couverture à 100%). L'incitation à la productivité sur l'utilisation de ces ressources était donc faible. Par ailleurs, les établissements les plus bénéficiaires de ces financements sont les centres hospitalo-universitaires et les centres de lutte contre le cancer, qui se caractérisent en moyenne par des coûts unitaires plus élevés. Ce groupe a donc eu intérêt à pousser à l'augmentation de la masse financière correspondante, pour diminuer la part de leurs recettes provenant de tarifs forfaitaires défavorables.

L'effet du financement rétrospectif des molécules et dispositifs médicaux coûteux est double : il a largement contribué à l'accès des patients français aux innovations thérapeutiques coûteuses, notamment en cancérologie, pour laquelle la France est un des pays les plus généreux d'Europe (Wiling, Jönsson, 2005). *A contrario*, il introduit une discrimination en défaveur des innovations non médicamenteuses puisque leur coût est inclus dans le paiement forfaitaire par GHM, et il induit des gains de productivité forcés par son impact sur le réajustement tarifaire annuel. Ces effets s'appliquent aussi bien au secteur public qu'au secteur privé.

Le mix prospectif/ rétrospectif

Ce point a déjà été abordé partiellement dans la section précédente. Outre les financements MERRI-MIGAC et la liste des produits onéreux, la T2A finance deux activités de soins qui ne sont pas incluses dans un forfait par séjour : les séjours en réanimation et en soins intensifs sont rémunérés à la journée sur la base d'un tarif national. La T2A paie également sur une base d'un tarif forfaitaire journalier les journées supplémentaires correspondant à des séjours particulièrement longs (les « séjours extrêmes »). Dans ces deux cas, il y a paiement de l'utilisation réelle des services, mais avec un tarif forfaitaire.

Dans le secteur public, le déploiement de la T2A s'est fait progressivement, avec un mélange entre recettes liées à l'activité sur la base du tarif national et coûts actuels des établissements. En 2004, le dosage a été de 10% prospectif/90% rétrospectif, en 2007 le mix était de 50-50. En revanche, la T2A s'est appliquée immédiatement 100% dans le secteur privé.

Le maintien d'un dispositif de planification.

La T2A a été mise en œuvre dans un contexte préexistant de planification régionale des soins hospitaliers, dont la pierre angulaire est le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), établi pour une période de 5 ans. Si la méthodologie des SROS a évolué au cours du

³ Moyennant le respect de règles de bon usage

temps, ainsi que les moyens d'actions mis en œuvre par les autorités régionales, en revanche ses finalités et principes de base sont restés les mêmes. Les principales missions confiées au planificateur régional sont de garantir l'équité dans l'accès aux soins, s'assurer que l'offre de soins répond aux besoins de la population, s'assurer de l'efficacité de l'offre de soins.

L'exercice de planification est lié à l'existence même d'un service public hospitalier, qui se justifierait pour les raisons suivantes :

- seul un service public peut garantir une réponse à tous les besoins de la population, indépendamment de la fréquence relative des maladies requérant une hospitalisation ;
- un secteur hospitalier privé ne permettra pas de garantir une répartition équitable des services sur tout le territoire ;
- la technologie hospitalière est à rendements croissants, compte tenu de l'importance des coûts fixes de main d'œuvre. Sur un territoire donné où des producteurs sont en concurrence, on devrait voir émerger un monopole hospitalier local, ce qui justifierait son statut public ;
- le service public garantit une non discrimination des patients au vu de leur état de santé, de leurs besoins et de leur capacité à payer;
- des équipes médicales salariées seraient des meilleurs agents du patient, n'ayant pas d'incitation directe à induire une demande non justifiée.

A ces arguments économiques, se rajoutent des arguments techniques relatifs à la qualité des soins. Par exemple, la gestion des risques urgents sur un territoire requiert une coordination entre les différents producteurs et impose des contraintes de localisation : la prise en charge d'une femme enceinte présentant un risque grave (hémorragie en cours de grossesse) implique l'accès à un service de chirurgie dans la demi-heure pour éviter un décès. Un deuxième exemple est relatif au lien entre niveau d'activité et qualité de l'acte médical : dans les cas où ce lien est démontré, il est souhaitable de ne pas disperser les ressources sur le territoire, et ce d'autant plus que l'activité en question requiert des compétences rares et des équipements coûteux, comme c'est le cas pour la chirurgie cardiaque.⁴

L'ensemble de ces considérations justifient une intervention publique dans l'organisation territoriale des soins, avec des conséquences importantes en termes d'allocation des ressources. Par exemple, les SROS de troisième génération introduisent comme unité de base de leur raisonnement le territoire de santé, définissant ainsi un marché local de services de soins de santé, au sein desquels les différents producteurs de soins, publics et privés, sont incités fortement à se coordonner et à rechercher des complémentarités. Les établissements sont encouragés former des groupements inter-hospitaliers, pour éviter la redondance de l'offre, assurer sa qualité et organiser la spécialisation des structures. Pour assurer la sécurité des soins, les Agences Régionales doivent proposer une graduation des niveaux des plateaux techniques en termes de technicité et de compétences médicales. Les territoires doivent s'engager sur un projet médical se traduisant par des objectifs quantifiés en termes d'activité. Ces objectifs sont opposables aux producteurs de soins, publics et privés. Les ARH doivent veiller à ce que les priorités nationales de santé publique soient déclinées au niveau local, chaque producteur de soins devant définir quelle sera sa contribution à la poursuite des objectifs fixés. Les ARH disposent d'un outil d'autorisation d'ouverture ou de maintien d'une activité, en fonction des compétences du producteur et des garanties de sécurité qu'il

⁴ On retrouve sous un autre aspect, celui des rendements croissants d'expérience, la justification d'un monopole naturel.

présente et des contraintes géographiques d'accès aux soins. Elles signent des contrats d'objectifs et de moyens (COM) avec les établissements publics, qui sont l'occasion de définir la gamme de services offerts par chaque hôpital et les gains de productivité à réaliser pour revenir à l'équilibre budgétaire.

D'un point de vue économique, on est plus proche d'un modèle de quasi-intégration entre des acteurs économiques hétérogènes que d'une concurrence par comparaison, avec des allocations de clientèle, des autorisations d'offre de services, des contingentements plus ou moins contraignants d'activités et des coopérations forcées entre producteurs. Ceci a pour conséquence de restreindre l'espace stratégique des établissements hospitaliers tant pour gagner des parts de marché, que pour choisir des segments en fonction de leur performance en coût.

La régulation de la qualité des soins

Une critique importante adressée à un modèle de paiement prospectif au cas est de créer des risques d'arbitrage coût-qualité au détriment de cette dernière. Dans le cas d'une concurrence par comparaison organisée par un payeur monopsonique et fondée soit sur le coût moyen des autres établissements, soit sur un coût moyen national, l'application du modèle fait converger les établissements vers les coûts les moins élevés, sans considération de la qualité de la prestation offerte. Aux Etats-Unis, les effets potentiellement pervers des DRGs sur la qualité ont été gérés essentiellement par la mise en place de dispositifs de contrôle des sorties précoces et des réadmissions répétées, puis par la publication de statistiques de mortalité ajustée par le casemix. Dans ce pays, cependant, la surveillance de la qualité des soins était l'objet de dispositifs spécifiques endogènes et exogènes bien avant les DRGs.

Dans notre pays, il n'y a pour l'instant que peu de lien entre observation de la qualité des soins et financement de l'hôpital. Les contrôles mis en place par Medicare n'existent pas. La voie principale choisie jusqu'à présent a été celle de l'accréditation, qui fonctionne comme la vérification d'un certain nombre de prérequis d'un fonctionnement selon les règles de l'art. Tous les établissements doivent être accrédités, mais il n'existe aucun lien automatique entre d'éventuelles réserves au rapport d'accréditation et les tarifs applicables à un établissement. La procédure a un coût non négligeable pour les établissements, en termes de mobilisation du personnel, mais celui-ci n'est pas répercuté dans l'allocation de ressources. Au-delà de l'accréditation, les établissements ont été tenus de mettre en place des dispositifs internes de contrôle de la qualité et des risques, pour la lutte contre les infections nosocomiales, l'hémovigilance, la sécurité virale, etc. mais ces dispositifs n'ont pas nécessairement donné lieu à des financements spécifiques. Dans la mesure où ils ont eu un impact sur les coûts, il est possible que cet impact se soit retrouvé dans le calcul des coûts par séjour qui sert de base à l'établissement des tarifs, mais ceci est difficilement observable. Dans le cadre de la dotation dite MIGAC (Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation), il est prévu des aides discrétionnaires au niveau régional pour des actions d'amélioration de la qualité des soins. Enfin, la Haute Autorité de Santé est chargée de développer un système un tableau de bord comparatif de la qualité des soins (selon le modèle des « balanced scoreboards ») permettant de diffuser une information publique sur les performances relatives des hôpitaux.

Il n'y a donc pas pour le moment de doctrine claire quant au rôle joué par la qualité des soins dans la régulation économique de l'hôpital. Le modèle qui émerge est celui de la mise en place par le règlement de dispositifs permettant d'observer cette qualité, mais sans lien explicite avec le financement : ceux-ci fonctionnent comme une garantie globale de qualité,

mais pas comme un signal permettant de différencier la performance des établissements et permettant d'accroître leur recrutement de patients (et leurs recettes) au détriment des concurrents. Les signaux de qualité restent fondés sur la réputation des équipes médicales et l'utilisation d'innovations thérapeutiques et diagnostiques majeures.

3. Discussion

La T2A est construite sur un modèle de paiement prospectif au cas, devant inciter les établissements hospitaliers à aligner leurs coûts de production sur les tarifs nationaux. Les établissements ayant une position en coût favorable seraient alors en mesure soit de mieux rémunérer leurs facteurs de production (ou leurs propriétaires, dans le secteur privés), soit d'investir dans des technologies innovantes ou dans de nouveaux services pour augmenter leur attractivité et renforcer leur position concurrentielle. Ces établissements peuvent également mener des stratégies de subvention croisée entre des activités déficitaires, mais qui servent à établir la notoriété de l'établissement, et des activités bénéficiaires. Les établissements déficitaires devaient être encouragés à faire des efforts de réduction de coût, de façon à rétablir leur équilibre économique. En théorie, plusieurs stratégies leur sont possibles.

Les stratégies d'adaptation des établissements

Certaines d'entre elles sont vertueuses : les établissements peuvent effectivement engager des efforts de réduction de coûts. Ma (94) a montré que dans un système de paiement prospectif, l'effort de réduction des coûts n'est pas incompatible avec un effort d'amélioration de la qualité. En effet, dans un système d'assurance complète, la demande qui s'adresse aux établissements est fonction uniquement de la qualité perçue des soins : un effort en qualité peut donc augmenter les recettes par un accroissement des cas traités. Cette augmentation d'activité induit de façon différée une baisse du coût moyen par séjour.

D'autres stratégies moins vertueuses sont possibles. Ellis (1997) met l'accent sur l'hétérogénéité résiduelle des patients au sein de chaque DRG pour montrer que dans le cas d'un système de paiement prospectif, un établissement a intérêt à sélectionner (« creaming ») des patients à bas risque et à éviter les patients à haut risque (« dumping ») ou à diminuer l'intensité de leurs soins (« skimping »). De telles stratégies sont possibles à un niveau plus agrégé d'un segment d'activité : des établissements peuvent avoir intérêt à abandonner une gamme de services déficitaires et redéployer leurs moyens sur les gammes bénéficiaires. Dans ce cas, s'il n'y a pas d'offre alternative sur le marché local des soins, un paiement prospectif peut réduire la gamme de services disponibles pour les patients. Une dernière parade des établissements qui a été mise en évidence aux Etats-Unis est la manipulation des données codées de façon à obtenir un paiement plus avantageux (le « DRG creep »).

Cependant, la T2A s'inscrit dans un ensemble de régulations qui semble limiter la marge de manœuvre stratégique des établissements. En particulier, si la planification a pour effet de contenir l'activité des établissements et leur espace concurrentiel (définition des territoires de santé, contrôle des autorisations, objectifs quantifiés d'activité), les stratégies possibles de retour à l'équilibre par augmentation d'activité ou par abandon d'activités non rentables sont soumises à l'approbation de la tutelle qui de ce fait contrôle l'intensité de la concurrence autour du recrutement des malades. Certes, cette intervention de la tutelle permet de maintenir l'offre sur un territoire, mais ceci pourrait se faire au détriment du retour à l'équilibre pour certains établissements. A défaut de pouvoir baisser leur point mort en augmentant leur

activité, ceux-ci sont obligés de mener des actions de réduction de coûts qui sont coûteuses socialement dans le secteur public.

L'hétérogénéité des coûts

Dormont et Milcent (2004 et 2005) soulèvent une autre question liée à l'hétérogénéité résiduelle au sein des GHM. Elles étudient la prise en charge de l'infarctus aigu du myocarde dans les établissements publics et privés sans but lucratif participant au service public. A partir de la base de données nationale servant au calcul d'un coût par séjour et par GHM, elles mettent en évidence que cette hétérogénéité a trois sources. La plus importante est liée aux caractéristiques des patients (les patients ne sont pas strictement identiques au sein d'un GHM) mais elles mettent en évidence également un effet hôpital endogène (la propension d'un établissement à adopter des interventions innovantes), ainsi qu'une composante de risque moral fixe et transitoire. Ce dernier a un impact important sur la variance des coûts. Les auteurs proposent deux procédures de fixation des prix selon que cet effet est intégralement pris en compte ou non. Au-delà des propositions des auteurs, leur analyse suggère :

- que la qualité de la classification est une variable critique de la mise en œuvre d'un système de paiement prospectif. Ce problème avait été perçu aux Etats-Unis au tout début des travaux de Fetter. L'administration de la santé du New Jersey, qui avait été la première à les utiliser, avait proposé une formule de paiement avec une part prospective et une part rétrospective, le poids de la part rétrospective étant plus important pour les DRG pour lesquels on observait une grande variance de la durée de séjour.

- qu'il existe des différences de pratiques entre établissements liées entre autre à l'adoption d'innovations. Dans ce cas, il convient de spécifier comment le système de paiement doit évoluer pour prendre en compte ces innovations. En premier lieu, il conviendrait de s'assurer que ces innovations sont utilisées dans les règles de l'art, notamment en termes d'indications, au risque d'une induction forte de demande. En deuxième lieu, se pose la question de l'accès à l'innovation coûteuse. Dans une logique de paiement prospectif pur, c'est l'intérêt de l'établissement de financer l'investissement dans l'innovation avant même que celle-ci ne soit rémunérée, pour prendre un avantage compétitif par rapport aux autres établissements. Il peut en outre maintenir cet avantage compétitif dans le temps en amorçant plus tôt une décroissance des coûts unitaires par apprentissage (Bonastre et al., 2007). Cette logique est celle qui est adoptée en France par les établissements privés à but lucratif et pour certaines innovations mineures, par les établissements publics. En revanche, pour des innovations requérant des investissements spécifiques importants, la politique actuelle est celle de financements supplémentaires *ad hoc* de l'acquisition pour des centres considérés a priori capables de maîtriser la technique. Mais cette politique a une autre rationalité, qui est celle du rationnement de techniques coûteuses⁵ alors que l'on pourrait libéraliser l'accès à l'innovation et en faire un élément majeur de la stratégie des établissements dans une perspective concurrentielle. Si l'on maintient cette politique de rationnement, alors il faut s'assurer qu'une fois la technique bien maîtrisée les établissements innovateurs ne bénéficient plus d'une rente monopolistique.

L'intrication des incitations.

⁵ On retrouve ici la notion de gradation des plateaux techniques issue de la planification.

McClellan (1997) note qu'aux Etats-Unis, la procédure de paiement prospectif s'est accompagnée d'autres incitations venant en atténuer la portée, et rendant difficile d'en évaluer les effets. Comme en France, le paiement mélange des éléments prospectifs et rétrospectifs, il existe des subventions compensatoires diverses (par exemple pour les centres académiques) et des corrections liées aux différences de coût des facteurs de production selon les zones géographiques. Comme nous l'avons montré, cette mixité existe en France, avec de surcroît un mécanisme de bouclage macro-économique qui se traduit par des baisses des tarifs des GHM.

Sur ce dernier point, Mougeot (1998) a montré qu'une concurrence par comparaison dans le cadre d'une enveloppe globale aboutissait à un équilibre socialement moins favorable qu'un modèle pur de tarification à la pathologie, parce que cette dernière était plus efficace pour capter la rente informationnelle des producteurs.

Dans le cadre actuel, il faudrait être en mesure d'évaluer les résultats d'un modèle d'allocation des ressources qui comprend les étapes suivantes :

- définition d'une enveloppe nationale des dépenses hospitalières remboursables ;
- allocation de cette enveloppe entre soins, innovations coûteuses, recherche et enseignement, missions d'intérêt général ;
- allocation inter-régionale de ces enveloppes ;
- allocation des parts de marché des différents établissements dans le cadre de la planification ;
- enfin, rémunération des prestations de soins sur la base du tarif national par GHM.

4. Conclusion : vers un modèle de concurrence organisée par contractualisation ?

Si l'ensemble des dispositifs existants est maintenu (bouclage macroéconomique, planification), ne serait-il pas plus réaliste de faire évoluer la T2A vers un modèle de concurrence organisée utilisant le contrat comme outil central de régulation des rapports entre payeur public et établissements ?

Le schéma qui suit est indicatif et fondé sur les principes suivants :

- a) les GHM ne sont pas homogènes, il existe encore pour la majorité d'entre eux une forte hétérogénéité en coûts, qui découle de trois sources : une variabilité du recrutement liée à l'environnement de l'établissement, une variabilité des pratiques médicales, et une composante de risque moral. Or, le principe d'un paiement forfaitaire au cas repose sur une comparabilité forte des cas d'un établissement à l'autre, et sur la possibilité d'une certaine standardisation des pratiques. Dans ces conditions, la référence à un tarif standard a d'autant plus de sens que cette hypothèse de base est vérifiée. La possibilité d'une réelle standardisation des pratiques ouvrirait aussi la porte à une mesure de la qualité de la prestation, ou plus exactement la possibilité de définir un niveau de qualité que la collectivité est prête à payer, fondé sur des normes de process et des indicateurs de résultat.
- b) Les activités qui se prêtent le mieux à ce paiement au cas sont toutes les activités de chirurgie dite élective (chirurgie digestive, orthopédique, ophtalmologique, gynécologique), les activités d'endoscopie diagnostique et thérapeutique, de radiologie

- interventionnelle, de chirurgie cardiaque, et toutes les activités thérapeutiques ou diagnostiques qui peuvent se faire en hôpital de jour.
- c) Ces activités donneraient lieu à contrats prix-volume pluri-annuels sous contrainte d'agrément des services, vérification des normes de process et production d'indicateurs de résultat (taux de reprises, taux d'infections...). L'idée serait d'enclencher un processus d'apprentissage progressif, selon le schéma suivant : chaque établissement se verrait attribuer un tarif légèrement inférieur à son coût observable pour ceux qui sont au-dessus de la moyenne nationale, et légèrement au-dessus pour les autres, et se verrait obligé de montrer qu'il satisfait aux normes de process, et qu'il a de bons résultats. On aurait alors à terme une expérience naturelle puisqu'on pourrait observer comment ceux qui sont bon marché obtiennent un niveau satisfaisant de qualité. Un réel benchmarking avec transfert d'expérience serait alors possible. Ce contrat pourrait s'appliquer à l'identique dans le secteur privé, puisque l'on est sur des prestations standards. La régulation des volumes se ferait à la fois par le contrôle de la qualité des process (adéquation des indications de traitement) et sur la mise en place de tarifs dégressifs en cas de dépassement des volumes.
 - d) Les autres activités seraient soumises à budget global avec ajustement sur le casemix, comme c'était le cas avant 2004 : de cette façon on peut contrôler les coûts unitaires et les volumes. Puis on organiserait la sortie progressive d'activités vers le premier mode en fonction de l'amélioration de la connaissance des coûts et des résultats.

Un tel processus aurait l'avantage de créer à la fois des incitations à la réduction des coûts et à l'évaluation de la qualité des soins, permettrait l'émergence des meilleures pratiques, tout en respectant les contraintes de la planification régionale.

Références

Bonastre J, Noël E, Chevalier J, Gerard JP, Lefkopoulos D, Bourhis J, Bensadoun RJ, de Pouvourville G. Implications of learning effects for hospital costs of new health technologies: The case of intensity modulated radiation therapy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23 (2): 248-254

de Pouvourville G. La régulation financière de l'hôpital par les DRG : enjeux, principes et faisabilité, *Sciences Sociales et Santé*, 1990, 8:2; 34-65.

Dormont B, Milcent C. Tarification des hôpitaux : la prise en compte des hétérogénéités. *Annales d'Economie et de Statistique* 2004 74 : 48-80.

Dormont B, Milcent C. The sources of hospital cost variability. *Health Economics* 2004 13: 927-939

Dormont B, Milcent C. How to regulate heterogeneous hospitals ? *Journal of Economics and Management Strategy* 2005 14: 591-621.

Ellis RP. Creaming, skimping and dumping : provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 1998 17:537-555

Kimberly J, de Pouvourville G. *The Migration of managerial innovation*. 1993: San Francisco, Jossey Bass.

Ma CTA Health care payment systems: cost and quality incentives. *Journal of Economics and Management Strategy* 1994 3: 93-112

McClellan M. Hospital reimbursement incentives: a, empirical analysis. *Journal of Economics and Management Strategy* 1997 6 : 91-128

Milking N, Jönsson B. *A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs*. Karolinska Institute, Stockholm, 2005.

Mougeot M. *Régulation du système de santé. Rapport remis au Conseil d'Analyse Economique*, La Documentation Française, Paris, 1999.

Mougeot M. La tarification hospitalière: de l'enveloppe globale à la concurrence par comparaison. *Annales d'Economie et de Statistique*, 2000 56 :195-213.

Schleifer A. A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics* 1985 16(3):319-328.