



Entretien croisé

n°2

STEPHANE GAUTHIER

Docteur en économie (EHESS, 2000), Stéphane Gauthier est professeur à l'université Paris 1 Panthéon-Sorbonne et membre de PSE-Ecole d'économie de Paris depuis 2011.



Il a auparavant été professeur à l'Université de Caen et à l'ENSAE. Ses recherches portent sur l'économie publique, en particulier des questions de théorie de l'économie de la fiscalité, par exemple les rôles respectifs des impôts directs et indirects dans la redistribution, ou l'introduction d'aléas dans le barème optimal de l'impôt sur le revenu.

CARINE MILCENT

Docteur en Economie et habilitée à diriger des thèses, Carine Milcent est membre de PSE comme chercheur CNRS, après un séjour Post-doctoral à Stanford. Elle a également séjourné à plusieurs reprises en Chine (universités de Tsing-Hua et Fudan). Carine Milcent est membre de la CEESP de la HAS. Ses recherches portent sur les systèmes de santé, et plus particulièrement les modes de régulation des établissements hospitaliers. Son travail, empirique, porte principalement sur la France mais aussi sur d'autres pays comme la Chine.



Le coût des soins hospitaliers :
l'Etat, les patients et les hôpitaux
ont-ils des intérêts divergents ?

A partir de 2005, une grande réforme des tarifications entre les hôpitaux et l'Etat a été menée en France. La situation devenait-elle critique ?

STEPHANE GAUTHIER : Les mécanismes mis en place au début des années 80 prenaient, sous l'effet du resserrement budgétaire au niveau national, une tournure paradoxale. Et ce essentiellement pour les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif. En effet, afin de maîtriser les dépenses, l'enveloppe budgétaire accordée aux hôpitaux était décidée sur la base des dépenses observées l'année antérieure - avec une prise en compte d'un coefficient d'inflation des coûts hospitaliers. Dès l'origine, cette politique de budget global, déconnectée des informations sur l'activité réelle des établissements, contenait les ressorts des difficultés futures. Progressivement, ce mode de calcul a fait peser de lourdes contraintes sur les activités des hôpitaux maîtrisant leurs dépenses, tout en desserrant l'étau pour les hôpitaux contenant peu, voire pas du tout leurs dépenses¹ ! La situation semblait moins critique pour les établissements privés à but lucratif, car un équilibre « prix/volumes » s'était institué: ils facturaient directement à l'assurance maladie des actes et forfaits de prestations, ces derniers étant encadrés par un Objectif Quantifié National (OQN).

« Dès l'origine, cette politique de budget global [...] contenait les ressorts des difficultés futures »

CARINE MILCENT : Le changement de cette tarification s'est inspiré d'une approche éprouvée outre-Atlantique. Dans les années 80, le tissu hospitalier américain était très majoritairement privé ; contenir les dépenses ne pouvait pas passer par un gel des budgets, l'autonomie et la notion de rentabilité étant au cœur du système (un établissement peut refuser des patients l'exposant à un trop faible remboursement). Ceci explique donc la mise en place précoce d'une tarification basée sur

« Pour les établissements du secteur privé, ce système diffère finalement assez peu de l'ancien [...] Une approche graduelle a été privilégiée pour le secteur public pour permettre l'ajustement des pratiques »

un système d'information. Mais plusieurs questions se présentent alors : comment regrouper les pathologies ? Existient-ils des groupes homogènes selon le diagnostic et le coût simultanément ? Les premières réponses prennent la forme des *Diagnosis Related Groups* pour les patients Medicare de plus de 65 ans. Ce système est ensuite rapidement étendu dans les années 90, aux Etats-Unis et en Europe, afin d'associer tout séjour à un groupe auquel correspond un tarif type. La France ne fera pas exception avec la mise en place des Groupes Homogènes de Séjour (GHS) et de Malades (GHM).

L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) entérine cette (r)évolution. Pour les établissements du secteur privé, ce système diffère finalement assez peu de l'ancien et le basculement complet réalisé au 1^{er} mars 2005 s'est fait sans trop de difficultés. Une approche graduelle a été privilégiée pour le secteur public, pour permettre l'ajustement des pratiques de gestion et d'organisation des hôpitaux : l'Etat a tout simplement augmenté, chaque année, le taux de remboursement associé au tarif par séjour (tout en mesurant le volume des soins réalisés), réduisant d'autant le pourcentage calculé selon l'ancien système global.

(1) B. Dormont et C. Milcent, "Innovation diffusion under budget constraint. Microeconomic evidence on heart attack in France", *The Annals of Economics and Statistics*, (79/80), 2010.

Les tarifs par groupe de séjour divergent légèrement entre le public et le privé, mais cette nouvelle tarification a surtout introduit un mécanisme de concurrence par la qualité. Pouvez-vous nous expliquer cela ?

CARINE MILCENT : L'enveloppe accordée aux hôpitaux dépend maintenant directement du nombre de patients admis et des niveaux de sévérité traités. Toutefois des différences de tarification subsistent entre les secteurs. Nous ne sommes pas dans un système unifié : d'une part, il existe des différences de calculs entre forfaits par GHM, l'objectif étant de favoriser certaines pratiques comme la chirurgie ambulatoire ; d'autre part, pour un même GHM, le tarif du secteur public diffère de celui du secteur privé à but lucratif².

STEPHANE GAUTHIER : Oui, ces règles empêchent la convergence des tarifs, et cela même s'il y a une mise en concurrence des établissements de santé. Cette concurrence porte notamment sur la qualité des soins offerts, et des études commencent à regarder ces effets de plus près. Ainsi, L. Gobillon et C. Milcent font apparaître un impact significatif de la structure de marché sur la qualité des soins. Cet effet s'explique par le fait que la mise en concurrence des établissements donne lieu à une forte et significative augmentation de l'utilisation de procédures techniques et innovantes, ce qui est un élément de la qualité des soins.

Que nous apprend la théorie économique à propos de la forme que devrait prendre le remboursement par l'Etat des soins que délivrent les hôpitaux ?

STEPHANE GAUTHIER : Cette question pourrait être posée en d'autres termes « *Dans quelle mesure le coût des soins de santé doit être pris en charge par la collectivité ?* ». Les modèles économiques qui cherchent à y répondre doivent distinguer trois types d'intervenants : l'autorité de régulation (par

« Les modèles économiques [...] doivent distinguer trois types d'intervenants : l'autorité de régulation, un fournisseur de soins et des patients »

exemple l'Etat), un fournisseur de soins (par exemple les hôpitaux) et des patients (souvent abordés par GHM). Ces derniers diffèrent selon le coût qu'ils font supporter au fournisseur de soins et selon le bénéfice qu'ils retirent des soins reçus. Dans le scénario de référence, l'autorité est capable d'imposer au fournisseur de soins le choix du traitement qu'il juge le plus approprié ; elle rembourse alors exactement le coût supporté par le fournisseur. Le choix du traitement est souvent fait en s'appuyant sur un critère QALY,

c'est-à-dire sur le rapport du bénéfice du traitement pour un patient (mesuré souvent par le nombre d'années que le traitement permet de « gagner ») et le coût du traitement. Bien sûr, tout ceci nécessite que l'autorité dispose d'observations fines sur les caractéristiques individuelles des personnes traitées. Cependant, dans certains cas où l'autorité et le fournisseur s'appuient sur des critères similaires pour évaluer la pertinence d'un traitement plutôt qu'un autre, il est possible de laisser le choix du traitement au fournisseur de soins et de n'imposer au fournisseur que des volumes précis de chacun des types de traitement à réaliser.

(2) Ainsi, les honoraires des médecins, les actes de biologie, imagerie et explorations fonctionnelles sont inclus dans le calcul du coût par GHM du secteur public, et ne le sont pas pour le secteur privé.

CARINE MILCENT : Mais lorsque ces critères de choix de traitement divergent davantage, le fournisseur peut jouer sur le codage si le régulateur ne connaît pas les caractéristiques individuelles des patients. Les hôpitaux peuvent alors « gonfler » le nombre de diagnostics afin d'augmenter artificiellement la gravité des cas et ainsi obtenir un forfait plus important. Il s'agit du phénomène de *up-coding* largement documenté aux Etats-Unis. C'est d'ailleurs ce que je montre dans l'un de mes récents papiers sur la France : certains fournisseurs de soins, face à des patients peu coûteux à soigner et pour lesquels un traitement de base serait approprié, sont effectivement tentés de gonfler la gravité de leurs diagnostics afin d'être plus remboursé que le coût réel.

« Certains fournisseurs de soins, face à des patients peu coûteux à soigner [...] sont effectivement tentés de gonfler la gravité de leurs diagnostics »

STEPHANE GAUTHIER : Dans ce cas, si l'on fait appel à la théorie des contrats, une recommandation simple se dessine lorsque certains hôpitaux font face à des populations de patients qui ne nécessitent pas l'utilisation d'un traitement de pointe, plus coûteux, alors que d'autres sont confrontés à des pathologies plus lourdes qui réclament des traitements de pointe. Le premier type d'hôpital peut être tenté de pratiquer un *up-coding* sur ses patients. Pour le décourager, il faudrait imposer au second type de fournisseurs de soins la réalisation d'un plus grand nombre de traitements de base. Finalement les pratiques s'uniformisent : les structures des soins et les budgets deviennent moins étroitement liées aux caractéristiques des populations de patients à traiter.

La tarification ne dépend pas que des caractéristiques des patients : elle dépend aussi de celles des hôpitaux. Pourriez-vous préciser le rôle joué par les MIGAC - cette enveloppe complémentaire attribuée à chaque hôpital ?

CARINE MILCENT : Ces enveloppes complémentaires (MIGAC) recouvrent une réalité assez large qui correspond à l'ensemble des activités non quantifiables (ou non quantifiées) dans les données classiques des séjours Médicaux-Chirurgicaux-Obstétriques³. Elles se composent de deux catégories principales : les MIG - pour Missions d'Intérêt Général dont l'enseignement, la recherche et l'innovation - et les AC - pour Aides à la Contractualisation. La plupart des arbitrages budgétaires sont, en France, pris dans le cadre de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie.

Ces enveloppes n'échappent pas à cette règle : leur dotation nationale en est un pourcentage, qui est passé de 9,9% en 2008 à 11,5% en 2012, soit près de 7 milliards d'euros. En 2012, 81% du total est alloué aux MERRI, 15% aux autres MIG, et 3% aux AC. Ce mécanisme complète un paiement par séjour sur la base du GHS en étant à la fois centralisé et décentralisé - ce qui lui permet de faire jouer la loi des grands nombre tout en prenant en compte les spécificités locales. Pour autant, des études en cours s'interrogent sur leur efficacité et sur la compensation réelle de ces disparités. Cette analyse approfondie nous apprend surtout une chose essentielle : la santé se caractérise par une impossible mesure du « besoin de santé réel », seule la demande de santé est quantifiable. Elle est donc utilisée comme proxy du besoin de santé, et déconnecter cette demande de son financement permet de limiter l'incitation à des comportements de demande induite.

(3) Plus précisément : les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des séjours MCO.

En pratique, les forfaits par pathologie restent calculés sur la base des coûts moyens supportés par les hôpitaux. Est-ce que cela a un impact sur la forme de la grille de pathologies que l'on devrait retenir ?

STEPHANE GAUTHIER : Oui, cela influence notamment la finesse de cette grille. Pour le comprendre, supposons que l'autorité de régulation choisisse de fixer un même prix pour deux traitements différents au sein d'un même GHM. Cela revient à adopter une grille plus grossière. Le traitement de base peu coûteux sera alors trop largement utilisé par le fournisseur de soins qui souhaite minimiser ses coûts ; à l'inverse, le traitement de pointe plus avancé, même s'il bénéficiera à une partie des patients, restera en retrait.

Supposons maintenant que cette autorité distingue les deux traitements : la grille est plus fine. On peut admettre que le fournisseur de soins aura tendance à recourir au traitement de base pour les

« Le fournisseur aura tendance à sur-privilegier le traitement avancé si les deux traitements sont remboursés par l'autorité selon leurs coûts moyens respectifs »

patients les moins gravement malades (ceux qui sont les moins coûteux à soigner) et à favoriser le traitement avancé pour les autres patients. Le fournisseur aura tendance à sur-privilegier le traitement avancé si les deux traitements sont remboursés par l'autorité selon leurs coûts moyens respectifs. En effet, un hôpital réalise nécessairement un gain financier s'il opte en faveur du traitement avancé pour le patient qui est le plus coûteux à soigner avec le traitement de base : ce patient coûte plus que le prix du traitement de base (correspondant au

coût moyen du traitement de base) mais moins que le prix du traitement intensif (correspondant au coût moyen du traitement intensif).

CARINE MILCENT : On le voit clairement : l'arbitrage sur la finesse de la grille n'est pas si évident lorsque la tarification se fait au coût moyen. Dans un GHM où peu de patients devraient recevoir le traitement intensif, il est préférable d'adopter une grille grossière ; dans un GHM où peu de patients devraient recevoir le traitement de base, il est préférable d'adopter une grille plus fine.

Et dans les faits ?

CARINE MILCENT : A l'époque du budget global, une forte hétérogénéité des coûts pour des séjours comparables en pathologie et en procédures (Groupe homogène de séjours, GHS) était observée entre les hôpitaux publics français. Qu'en est-il aujourd'hui ? La tarification à l'activité (T2A) mise en place entre 2004 et 2008, a introduit la concurrence des établissements hospitaliers français qu'ils soient publics, privés, à but non lucratif ou à but lucratif. Avec la T2A, les établissements sont désormais payés au forfait par séjour. Théoriquement, un mode de tarification par forfait devrait conduire les établissements à minimiser leur coût afin de gagner la différence entre le forfait et le coût. La mise en concurrence des établissements devrait accélérer ce mécanisme de minimisation des coûts. En 2009, en France, le nombre de GHM a été multiplié par 4. Le législateur a donc fait le choix d'affiner cette composante devant également conduire à une réduction de la variance des coûts au sein de chaque groupe. Je montre que si les changements majeurs dans les modes de

régulation ont en effet conduit à une certaine homogénéisation des coûts et à une réelle prise en compte de l'hétérogénéité des individus, les forfaits par GHM ne capturent cependant pas toute l'hétérogénéité entre les établissements ni entre les patients.

Vous avez abordé la complexité des tarifs et des coûts associés, l'apport de la théorie et de l'étude de cas pratiques. Mais finalement, votre connaissance du secteur permet-elle de répondre à cette simple question : faut-il traiter tous les patients ?

CARINE MILCENT : Il s'agit là d'un choix de société. On aimerait forcément entendre « il faut tout traiter et tout le monde sans faire peser de contraintes de solvabilité sur les patients » mais en a-t-on les moyens ? Sommes-nous prêt à payer pour un accès aux soins universels et sans contrainte ? Mais la question n'est pas uniquement celle-ci. Elle a un corollaire : « comment veut-on être soigné ? ». La tarification mise en place a des effets sur la qualité des soins. Le mécanisme doit donc prendre en compte des indicateurs de performance des établissements. La tarification modifie également la manière de soigner en favorisant les actes chirurgicaux et en réduisant les temps d'hospitalisation. L'hôpital est en mutation et est voué à devenir un lieu de soins et non plus un lieu conjuguant soins et « remise en forme ». Le rapide développement de la chirurgie ambulatoire (séjour chirurgical de moins de 24h) et de l'hospitalisation à domicile en sont des preuves.

« Sommes-nous prêt à payer pour un accès aux soins universels et sans contrainte ? »

STEPHANE GAUTHIER : C'est effectivement un choix de société qui va au-delà de ce que l'analyse économique peut recommander : une simple analyse coût – bénéfice s'appuyant sur la QALY nous dira qu'il n'est pas toujours optimal de traiter l'ensemble des patients ; elle nous dira que certains patients sont coûteux à soigner et que le bénéfice qu'ils retirent du soin est faible. Cependant, les difficultés auxquelles les autorités de régulation font face pour accéder aux informations nécessaires à une analyse coûts – bénéfices sont parfois lourdes. En l'absence de ces informations, les autorités peuvent être amenées, sur la base d'arguments économiques, à se rapprocher d'une forme d'universalité du soin. Ce serait le cas si les fournisseurs de soins avaient des préférences - opposées à celle de l'autorité - quant aux personnes devant bénéficier des soins en priorité. L'autorité doit alors se résoudre à voir traités les patients qu'elle ne voudrait pas forcément voir traités pour que les autres soient soignés ! C'est aussi le cas lorsque les hôpitaux diffèrent selon la dispersion des pathologies qu'ils sont susceptibles de devoir prendre en charge. Philippe Choné et moi avons montré que l'ampleur de la population que l'analyse coût – bénéfice recommanderait de traiter influence la façon dont on devrait s'en écarter quand l'information dont dispose l'autorité sur les patients est trop pauvre : si cette population est suffisamment importante, il est optimal de traiter plus de patients que ce que recommande l'analyse coût – bénéfice, c'est-à-dire de réaliser des soins déficitaires au sens de la QALY.

Glossaire

DRG : Diagnosis Related Groups

GHM : Groupes Homogènes de Malades

GHS : Groupes Homogènes de Séjour

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

MERRI : Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIGAC : Missions d'Intérêt Général - Aides à la Contractualisation

OQN : Objectif Quantifié National

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

QALY : Quality Adjusted Life Year

T2A : Tarification à l'Activité