

# **Quels impacts des politiques de tarification sur l'organisation de l'offre de soins**

**Lise Rochaix**

**Cycle de séminaires sur l'évaluation d'impact des politiques  
publiques, France Stratégie**

**31/05/18**

## Les soins de santé : un marché pas comme les autres ?

- Présence de nombreuses **défaillances de ce marché** (externalités, biens publics mixtes, asymétries d'information, incertitude, ...)
- Aucune n'est **particulière** au marché des soins de santé ...
- C'est la **conjugaison de ces traits** qui confère aux soins de santé leur spécificité et justifie une intervention de l'Etat

⇒ Dans tous les pays développés :

- **Financement** : l'Etat intervient fortement pour le financement des soins (USA : au moins 50%)
- **Régulation du marché** : tarification de l'offre de soins, décisions de prix et de remboursement des innovations

# La tarification de l'offre de soins : la réforme 'perpétuelle' ?

**Au cœur de l'actualité** ... expérimentations de nouvelles formes de tarification en ville et à l'hôpital, en grande partie inspirées de l'étranger

## **Les moteurs des réformes :**

- Contexte budgétaire contraint
- Transition épidémiologique (vieillesse et maladies chroniques)
- Double cloisonnement des productions et des financements (ville/hôpital ; sanitaire/médico-social)
- Lacunes des systèmes actuels centrés prioritairement sur l'activité (volumes, en ville comme à l'hôpital)

## Quelle place pour l'*evidence-based policy* dans ces réformes ?

**Deux grandes tendances** se dégagent de l'analyse des réformes du système de tarification de l'offre de soins :

**1** – Le passage d'une logique de tarification rétrospective à une logique prospective (forfaitaire) et incitative, basée en partie sur la performance (*Payment for Performance – P4P*)

**2** – Le passage d'une mesure de la performance centrée sur le *process* (les moyens mobilisés : nombre d'actes, de séjours) à une indexation sur le résultat : la qualité, la pertinence ou la satisfaction des patients (*Value Based Health Care – VBHC*)

Ces évolutions se conjuguent et sont essentiellement fondées sur le retour d'expérience : **seule une partie des réformes a fait l'objet d'évaluations robustes**, plutôt dans les pays anglo-saxons

## 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

Selon Stoddardt (1985), les incitations financières sont à double tranchant (a 'mixed blessing')

⇒ D'une part, elles permettent d'inciter les agents à l'effort par des **motivations extrinsèques**, dans des situations où celui-ci ne peut pas être contrôlé

⇒ D'autre part, elles ont des effets différenciés selon les individus : pour certains, elles sont indispensables (**motivations intrinsèques** faibles), pour d'autres elles sont contre-productives (motivations intrinsèques fortes)

En santé, les motivations intrinsèques sont fortes ...

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Faut-il des incitations dans ce secteur ?

Aucun système de rémunération n'est '**neutre**' sur la pratique médicale => Tout mode de rémunération (comme le paiement à l'acte des médecins libéraux) comprend **déjà** des formes d'incitations implicites ou explicites, positives ou négatives, financières ou pas

=> Moindre puissance attendue du mécanisme incitatif

## Peut-on transposer les systèmes étrangers ?

Les objectifs et la puissance des mécanismes incitatifs varient selon les pays et leurs situations initiales (notion de '**path dependency**')

=> Prise en compte des spécificités des systèmes

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

- En théorie : **L'asymétrie d'information** en faveur de l'agent' nécessite des incitations pour 'aligner' les objectifs des deux parties => Le 'principal' transfère une partie de son profit à l'agent
- En pratique : Il existe une **convergence des systèmes** vers une rémunération mixte incluant une partie incitative, indexée sur la performance (**Paiement à la performance** – P4P)

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Les types de rémunération **en ambulatoire**

- Le salariat (plutôt pour le travail d'équipe)
- Le paiement à l'acte (*process* plutôt que résultat)
- La capitation (une somme forfaitaire annuelle pour la responsabilité de la santé d'une sous-population)
- **L'évolution vers des schémas mixtes ... mais le point de départ compte :**
  - Dominante paiement à l'acte avec quelques éléments de forfaitisation (ex : France)
  - Dominante capitation avec incitations financières sur actes ciblés (ex : Royaume-Uni)



# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Les types de rémunération pour les soins hospitaliers

- *Cost plus* : remboursement ex post des coûts (ex : la tarification au prix de journée)
- *Fixed price* : somme forfaitaire invariante avec les coûts réalisés (ex: le budget global)
- **L'évolution vers des schémas mixtes**
  - La **Tarification à l'activité (T2A)** : paiement forfaitaire à la pathologie par Groupes Homogènes de Séjours (GHS) basé sur le principe de '*Yardstick competition*', Schleifer, 1985) :
  - Combinée à des financements de type *cost-plus* : remboursement des médicaments onéreux hors GHS (liste en sus), => dépenses hors dotation / missions d'intérêt général (MIGAC)

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## L'évaluation globale du paiement à la performance (P4P) par l'OMS (2014)

*“P4P did not lead to “breakthrough” performance improvements in any of the programmes. Most of the programmes did, however, contribute to a greater focus on health system objectives, better generation and use of information, more accountability, and in some cases a more productive dialogue between health purchasers and providers.”*

Cf. Cheryl Cashin, Y- Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson (eds), *Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2014

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

<b>Qualité</b>	
– ‘Disease management’ des maladies chroniques	+/modeste
– Couverture de services de prévention	+/modeste
– Modes de production des soins hospitaliers	Limité
<b>Résultats de santé</b>	Pas d'impact
<b>Satisfaction des patients</b>	Pas d'impact
<b>Equité</b>	mitigé
<b>Efficienc</b>	
– Programmes centrés sur les modes de production (p	+/modeste
– Incitations ciblées	Limité
<b>Effets indirects (retombées)</b>	
- Production et utilisation de données	+
- Communication acheteurs/producteurs de soins	+

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

### ⇒ Les effets attendus

- Améliorer **la transparence** dans le financement des soins hospitaliers (lien entre financement et production) ;
- Proposer un mécanisme **équitable** : on paie le même prix pour un même service pour tous les fournisseurs de soins (l'équité dépend toutefois de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires et de la prise en compte des facteurs exogènes liés au contexte
- Améliorer **l'efficience** de chaque établissement et de l'ensemble du marché ; incite l'établissement à faire des gains d'efficacité productive, de façon à aligner leurs coûts sur les tarifs nationaux (Pouvoirville, 2009)

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

### ⇒ Les effets redoutés sur la qualité

Mise en place d'incitations à 'économiser' aux dépens de la qualité

- renvoyer les patients à leur domicile prématurément du point de vue clinique (**risque de réadmissions évitables**) ;
- diminuer les services fournis dans le cadre du forfait et transférer la responsabilité (et le coût) sur les autres (*cost shifting*) ;
- Les établissements peuvent décider, en amont, une **spécialisation** dans les pathologies où la variation de case-mix (donc des coûts) est la moins importante
- Décourager l'admission de patients moins 'rentables' (phénomènes d'aversion au risque et de **sélection des patients**).

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Éléments pour un bilan quantitatif de la T2A

### => Les effets redoutés sur la pertinence

- **L'effet volume** : les établissements réalisant le plus de marge brute (GHS - coût) sur un groupe sont considérés comme les plus efficaces et sont incités à développer leur activité au détriment des établissements ayant des coûts supérieurs
- Risque de production de **soins ou prestations inutiles** pour classer certains patients dans des GHS plus rémunérateurs
- Risque d'un 'comportement de **codage opportuniste** (*upcoding*), au moins à court terme
- Modification de l'équilibre des soins entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire (**cloisonnement**)

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Eléments pour un bilan quantitatif de la T2A

*Sources : Rapport HCAAM, 2015; Rapport CNAMTS, 2016 ; Rapport Véran, 2016; Rapport de la MECSS, 2017*

*Choné Ph., Franck Evain, Wilner L. et E. Yilmaz , « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », Études et résultats n° 862, janvier 2014*

- Réduction de la part des dépenses d'assurance-maladie consacrées à l'hôpital public (41 % à 34 % en 30 ans)
- Baisse de la durée moyenne de séjour (7,1 j à 5,5j)
- Hausse modérée du nombre de séjours (2005-2009 :+ 2.2%)
- Augmentation des hospitalisations sans nuitée (+ 46,8%)

.... Mais une difficulté à isoler **l'effet T2A 'pur'**

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Eléments pour un bilan quantitatif de la T2A

- Une forte **croissance des dépenses hors T2A** (MIGAC : +50% entre 2006 et 2011) due entre autres à la 'liste en sus' (médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables)
- Une non convergence entre secteur public et privé (tarifs publics supérieurs en moyenne de 24%) gérée par de nouvelles dotations hors T2A (comme la précarité)
- Une **difficulté à mesurer** des phénomènes tels que :
  - Sélection patients /abandon de certaines activités
  - Externalisation de certaines prestations
  - Surcodage / 'saucissonnage séjours'
  - Désincitation au travail d'équipe



# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Les enseignements

=> arbitrages à rendre sur la puissance du mécanisme incitatif

- **Nombre optimal de GHS**
  - Raffinement (ex: sévérité) pour plus de transparence et d'équité entre établissements ... au prix d'une perte de puissance du mécanisme incitatif et d'une augmentation de la complexité d'usage et des coûts de gestion
- **Périmètre d'application**
  - Place plus ou moins importante pour des exceptions (dotations hors GHS)
- **Concurrence/coopération entre établissements => 'Coopétition'**
  - Mise en concurrence sur tous les GHS ou ...
  - Organisation verticale avec gradation des soins /sévérité entre structures à caractère complémentaire

# 1 - D'une logique rétrospective au partage du risque

## Les enseignements

### => Les défis des réformes de la T2A

- Passer d'un financement au cas à celui d'un épisode, voire d'un **parcours complet de soins**, décloisonnant les soins entre les différents segments (soins hospitaliers, de ville, services sociaux, ...)
- **Étendre la T2A** de manière adaptée vers d'autres segments de soins (Soins de Suite et Réadaptation, psychiatrie)
- Mettre en place des **incitations sélectives** (paiement à la performance) basées sur la démonstration du caractère coût-efficace de certains soins
- Préserver la confiance et la volonté de coopération entre établissements et professionnels

## 2 – De la rémunération du *Process* à celle du **Résultat**

Nécessité de passer d'une logique de rémunération de l'activité/volume basée sur le *process* de production des soins (T2A, Paiement à l'acte) à celle du résultat, de la **valeur** du service rendu à la collectivité

Notion de **Value-Based Health Care** (VBHC) développée aux US par Michael Porter, Boston, US

- ⇒ Centrer le système sur l'expérience patient et sur la notion de parcours (décloisonnement ville/hôpital)
- ⇒ développer des outils de mesure de la qualité des soins à partir d'indicateurs de résultat (ré-hospitalisations évitables, recueil de l'expérience des patients...).

Les propositions de réforme récentes de la tarification de l'offre de soins (**article 51** de la LFSS 2018) vont dans ce sens

## 2 – De la rémunération du *Process* à celle du **Résultat**

### La petite révolution de l'article 51

Des cadres d'expérimentation locaux (**bottom up**)

Trois cadres d'expérimentation descendants (**top down**) :

- Regroupement de professionnels (ville et hôpital) et intéressement collectif, complémentaire au mode existant (intéressement aux économies et à l'amélioration de la qualité)
- Paiement de forfaits en chirurgie orthopédique (modèle américain) : forfait ajusté au risque, avec partage de risque sur la prise en charge des complications
- Rémunération forfaitaire d'équipes ajustée à l'état de santé du patient (coopérations interprofessionnelles, exercice regroupé dans les mêmes murs)

## 2 – De la rémunération du *Process* à celle du **Résultat**

### **Le paiement à l'épisode de soins /au parcours**

=> Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins, Laurie Rachet-Jacquet, Lise Rochaix, Marc-Antoine Sanchez, Hospinnomics, Septembre 2017

### **Les *Accountable Care Organizations* (ACOs)**

=> Expériences étrangères de coordination des soins : les *Accountable Care Organizations* de Medicare aux Etats-Unis. Natacha Lemaire , Rapport 2017, Natacha Lemaire, Ministère de la santé

# Conclusion

Pour **fonder scientifiquement la décision** publique en matière de tarification de l'offre de soins, il convient de développer de manière beaucoup plus conséquente toutes les étapes du processus d'évaluation :

- La collecte d'information
- La production et validation d'indicateurs robustes
- Leur suivi
- L'analyse des résultats
- La simulation de réformes

# Conclusion

L'article 51 offre des perspectives riches d'évolution des modes actuels de tarification par la possibilité de dérogations pour faciliter la coordination (donc la qualité) et améliorer la pertinence

Les évaluations prévues de ces expérimentations vont offrir, en plus du suivi de l'objectif macro-économique de respect de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

- Une mesure de l'impact micro-économique, sur :
  - les patients
  - les établissements
  - la collectivité dans son ensemble
- Une appréciation des impacts en termes de qualité, de pertinence, ou d'inégalité (d'accès à la ressource ou de résultats)

