

Financement des hôpitaux

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Table des matières

Préambule	2
Comment sont financés les hôpitaux ?	2
Le financement des hôpitaux en France	5
Les fondements théoriques de la tarification à l'activité	6
Les limites de tarification à l'activité	9
Références	14

Préambule

Objectifs d'apprentissage : connaître les différents modes de financement des hôpitaux et comprendre leurs propriétés incitatives

Les hôpitaux en France (qu'ils soient des établissements publics, privés à but lucratif ou à but non lucratif) sont des personnes morales dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont ainsi responsables de leur budget et de leur équilibre financier. En France le principal financeur est l'assurance maladie. Plus de 90% des dépenses de santé à l'hôpital sont ainsi financées par l'assurance maladie. La place de l'assurance privée peut être plus importante dans d'autres pays comme aux Etats-Unis en particulier. La place des paiements directs de patients reste dans la grande majorité des pays de l'OCDE minoritaires. Ce sont donc les assureurs les principaux interlocuteurs de hôpitaux quand ils doivent établir ou anticiper leurs budgets et gérer leurs charges.

Comment sont financés les hôpitaux ?

Les hôpitaux négocient leur financement avec des assureurs privés ou publics qui font faces à des contraintes concurrentielles pour les assureurs privés et des contraintes budgétaires pour les assureurs publics ou les Etats.

Dans tous les cas, que l'aiguillon soit concurrentiel ou simplement budgétaire, ces contraintes incitent les financeurs à négocier des modalités de paiement qui favorisent l'efficacité et la qualité de soins (pour être compétitifs sur le marché de l'assurance ou par souci de bonne gestion des deniers publics). Ils sont néanmoins aussi contraints de proposer des modalités de paiement qui permettent aux établissements de santé d'être suffisamment attractifs pour les professionnels de santé. Les établissements de santé sont en effet confrontés à deux marchés, celui des patients d'un côté et celui des professionnels de santé de l'autre qui ont le choix de leur lieu d'exercice (on parle de marché biface, Bardey et al 2012). Dans le cas français la concurrence sur les marchés des médecins s'organise essentiellement entre le secteur hospitalier privé et le secteur public.

La structure du marché, le nombre de lits et les parts respectives du secteur privé et du secteur public, ainsi que la place des assureurs privés dans le financement des établissements, vont naturellement jouer un rôle important dans l'impact que pourront avoir les modalités de financement des hôpitaux sur leurs activités (quantité et qualité).

Il faut néanmoins noter que même dans les systèmes de santé dominés par des assureurs privés en concurrence le rôle d'impulsion des financeurs publics est considérable dans l'orientation donnée aux modes de financement des hôpitaux. Ainsi aux Etats-Unis, quand le programme public Medicare (programme public pour le financement des soins des personnes âgées de 65 ans et plus) a opté pour un financement à l'activité pour les hôpitaux (voir plus loin pour une présentation et une discussion sur le paiement à l'activité) l'ensemble des assureurs ont suivi et rapidement adopté à leur tour ce mode de financement. En France le mode et le niveau de rémunération des hôpitaux relèvent de décision du gouvernement et des administrations publiques, ils s'appliquent à l'ensemble des hôpitaux de manière uniforme bien qu'il existe des différences sensibles entre les hôpitaux privé et publics (comme nous le précisons plus loin).

Pour décrire les différentes modalités de financement des hôpitaux il est utile de revenir sur l'historique des modes de paiement s'étant succédés en France depuis la deuxième guerre mondiale.

Jusqu'en 1983 les hôpitaux étaient rémunérés à la journée. Chaque journée passée par un patient dans l'hôpital donnait lieu à un paiement de l'assurance maladie. On comprend que ce mode de paiement n'est pas incitatif à une utilisation parcimonieuse des ressources : il crée au contraire une incitation financière pour les hôpitaux à ouvrir le plus de lits possibles et à conserver les patients le plus longtemps possible dès lors que des lits sont disponibles. C'est un mode paiement que ne favorise pas une gestion économe des ressources mais qui s'explique par la situation d'après-guerre caractérisée par une offre de lits très insuffisante. Ce mode de paiement est justifiable dès lors que le financeur (en l'occurrence l'assurance maladie dans le cas français) se donne pour premier objectif d'augmenter rapidement l'offre hospitalière. Il devient cependant rapidement trop dispendieux et insuffisamment incitatif à la bonne gestion. C'est ainsi qu'en 1983, devant une croissance des dépenses hospitalières extrêmement soutenue et une croissance économique ralentie, que le gouvernement a décidé de basculer vers un paiement dit au budget global.

Avant de discuter des caractéristiques du mode de paiement au budget global, il est utile de rappeler que les médecins exerçant dans les hôpitaux privés peuvent être rémunérés à l'acte. Ils reversent alors une partie de leur rémunération à l'établissement dans lequel ils exercent pour dédommager l'établissement pour l'usage du matériel nécessaire. Ce mode de financement à l'acte des médecins était même généralisé au secteur public avant la réforme Debré de 1958, créant les CHU, qui ont conduit au salariat des médecins exerçant dans les établissements

publics¹. S'il faut garder à l'esprit que le paiement à l'acte reste un mode de paiement des médecins très répandu dans les établissements privés aujourd'hui en France. Il n'en reste pas moins que ces établissements de santé ont des coûts à couvrir qui vont au-delà la rémunération des médecins ce qui nécessite un financement dédié.

En 1983 le paiement à la journée a donc été remplacé par le paiement sur budget global pour les établissements publics et privés à but non lucratif, les établissements privés conservant une rémunération à la journée. Le fonctionnement en est simple, il consiste à garantir à chaque hôpital un budget en début d'année. Ce budget est généralement calculé en fonction du budget de l'année précédente (on parle de paiement rétrospectif, indépendant de l'activité réelle) augmenté d'un pourcentage devant tenir compte de l'évolution attendue de l'activité. Ce mode de paiement des hôpitaux a l'avantage pour le financeur de lui donner la possibilité de contrôler l'évolution des dépenses de santé à l'hôpital. Un tel instrument devait faire face à l'urgence budgétaire du début des années 1980 en France alors que la croissance économique ralentissait très fortement et que le rythme de croissance des dépenses de l'hôpital demeurait en revanche très soutenu. L'inconvénient majeur de ce mode de paiement tient au fait que le budget de l'hôpital peut rapidement devenir déconnecté de son activité réelle (en termes de quantité et de qualité des soins) ce qui n'est pas incitatif à l'activité et à la qualité. C'est ce constat fait dans les années 1990 en France d'une déconnexion grandissante des budgets alloués avec l'activité qui a conduit l'Etat à vouloir modifier le mode de paiement des hôpitaux pour promouvoir l'adoption d'un paiement à l'activité.

Le paiement à l'activité (appelé T2A ou encore paiement à la pathologie²), voté en 2004, a progressivement été introduit à l'hôpital (pour les activités MCO) à partir de 2006 pour représenter aujourd'hui plus de 80% du budget des hôpitaux. Le principe en est également simple il consiste à payer l'hôpital pour chaque séjour, plus précisément pour chaque type de séjour appelé GHM (Groupe Homogène de Malade)³. On parle de paiement prospectif puisque dépendant de l'activité effectivement réalisée. Un GHM est défini par le diagnostic principal et le niveau de sévérité du patient (et dans certains cas par les actes réalisés). Il existe près de 3000 GHM. Le premier avantage de ce mode de paiement est faire étroitement correspondre le budget de l'hôpital à son activité. C'est avant tout un mode de paiement qui favorise la

¹ Une activité libérale est néanmoins autorisée pour les médecins exerçant dans les hôpitaux publics mais elle ne peut être exclusive (Cour des comptes, 2023).

² Nous utiliserons de manière équivalente les trois expressions.

³ Le prix du GHM, c'est-à-dire le paiement par l'assurance maladie correspondant à ce type de séjour, est appelé GHS (Groupe Homogène de Séjour). Sauf exception à chaque GHM correspond un GHS.

transparence. Nous revenons en détail dans la section suivante sur les propriétés incitatives de ce mode de rémunération.

Le paiement prospectif par GHM (on parle de « Diagnostic Related Group (DRG) » dans la littérature internationale) est utilisé dans de très nombreux systèmes de santé même si les modalités de mise en œuvre peuvent être très variables en fonction des pays.

Avant d'analyser plus en détail les propriétés théoriques du paiement à la pathologie nous allons présenter schématiquement la réalité du financement des hôpitaux en France.

Le financement des hôpitaux en France

Les établissements de santé sont financés en France à plus de 90% par l'assurance maladie. Les assurances complémentaires santé et les patients sont les financeurs résiduels. Comme nous l'avons vu le budget de l'assurance maladie pour l'hôpital (l'ONDAM hospitalier) est voté chaque année par le parlement. La figure ci-dessous présente pour l'année 2017 la répartition prévue de l'ONDAM. Le champs T2A (établissements relevant du champ MCO⁴) représentait 75% du montant total et le financement par une tarification à l'activité 56% du montant total ce qui représente près de 75% (56/75) du budget des établissements relevant du champs MCO, une part donc très majoritaire et encore plus importante si l'on se concentre sur les établissements hors établissements universitaires. Les MIGAC recouvrent les missions d'intérêt général (recherche, formation, veille sanitaire, SAMU ...) et le aides à la contractualisation (aides à l'investissement en particulier).

Le hors champ T2A comprend les établissements en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que les unités de soins de long séjour (USLD). Ces établissements sont payés par une dotation annuelle (DAF) pour les établissements publics et privés à but non lucratif et au prix de journée (OQN) pour les établissements privés. Il est à noter que les modalités de financement ne sont pas figés et que la part des paiements à l'activité pour les établissements de SSR et de psychiatrie ont été introduites depuis 2017.

Par ailleurs, au regard des critiques (voir plus bas) faites à la tarification à l'activité des ajustements sont continuellement introduits. Un mécanisme de paiement à la qualité des soins (IFAQ) a été ainsi inauguré en 2019 (pour des montants initialement modestes relativement au budget des hôpitaux) mais surtout des réflexions pour augmenter les dotations forfaitaires pour

⁴ Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

certain services de soins prennent formes dès 2023. Ces dotations forfaitaires, essentiellement réservés aux services d'urgence dans les premières moutures de la T2A, se généralisent à de nombreux services à partir de 2024. Ces dotations forfaitaires ont pour objectifs de corriger les inconvénients de la tarification à la pathologie que nous allons discuter après être revenu sur les fondements théoriques de la tarification à l'activité.

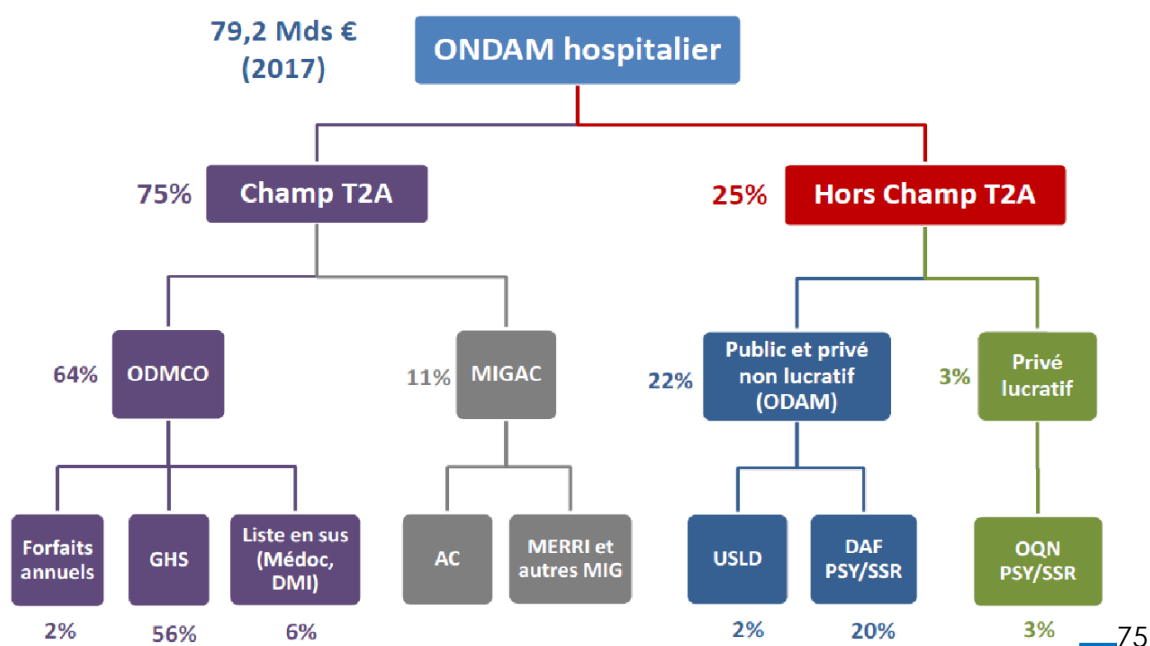


Figure 1 : structure de l'Ondam hospitalier 2017 (source : Drees)

Les fondements théoriques de la tarification à l'activité

Comme nous l'avons précisé précédemment le paiement prospectif par GHM (dit T2A) a été introduit dans le système de santé en France afin de pallier les inconvénients des modes de paiements alternatifs tels que le paiement à la journée ou le financement par budget global.

Le principal argument en faveur d'un paiement prospectif à la pathologie est de favoriser l'efficacité en incitant les hôpitaux à maîtriser leurs coûts. La difficulté pour le financeur vient du fait qu'il ne peut pas directement observer finement la structure des coûts des hôpitaux, il est en situation d'asymétrie d'information. C'est une situation classique pour un acheteur de services. Elle est généralement traitée par une mise en concurrence par appels d'offre des différents prestataires, ici ce seraient des différents hôpitaux. La Grande Bretagne a mis en place ce type

de mécanisme concurrentiel en plaçant les « Clinical Commissioning Groups (CCG)⁵ » (groupement de médecins généralistes) en situation d'acheteurs de services de soins auprès des hôpitaux dans chaque territoire. La mise en concurrence locale des hôpitaux est en effet souvent délicate à mettre en œuvre car l'intensité de la concurrence entre hôpitaux sur un territoire est souvent assez réduite (pour un besoin donné les alternatives des établissements pouvant assurer la prise en charge ne sont pas toujours nombreuses).

Il est cependant possible de mettre en concurrence les hôpitaux sans avoir besoin de procéder par appels d'offre tout en élargissant la concurrence à l'ensemble des hôpitaux d'un pays. Le modèle est celui du modèle de concurrence par comparaison (« Yardstick competition ») qui consiste, pour chaque type de séjour hospitalier, c'est-à-dire pour chaque GHM, à fixer un prix unique pour tous les hôpitaux. Le niveau du prix (ou du tarif) est calibré au niveau moyen des coûts de l'ensemble des hôpitaux du territoire national.

On peut formaliser simplement ce modèle de concurrence par comparaison à la suite de Schleifer (1985). Considérons ainsi un hôpital h dont le coût pour une prise en charge donnée (pour un GHM donné) peut s'écrire ainsi :

$$C_h(e) = c + v(e)$$

e désignant l'effort de l'hôpital pour maîtriser ses coûts et c le coût fixe de la prise en charge indépendant des efforts de l'hôpital ; on suppose que $v'(e) < 0$ (et $v''(e) < 0$) c'est-à-dire que le coût du GHM diminue avec l'effort mais à un rythme décroissant (l'impact marginal de l'effort sur le coût décroît avec le niveau d'effort). Le modèle de la tarification à l'activité ne fait sens que si le régulateur pense que les établissements ont l'opportunité d'influencer le coût de la prise en charge en décidant de l'organisation des soins. L'hypothèse sous-jacente est qu'il est possible pour l'hôpital de réduire les coûts en optimisant son organisation mais au prix d'un coût. Ce coût peut être un coût monétaire, comme l'investissement dans un nouvel aménagement des locaux ou de nouveaux matériels, mais également un coût subjectif pour le personnel qui doit faire face à un changement d'organisation.

Considérons maintenant que le tarif pour le GHM considéré soit noté P et que le coût de l'effort pour l'établissement soit noté $\varphi(e)$ avec $\varphi'(e) > 0$ (et $\varphi''(e) > 0$) pour rendre compte d'un coût croissant avec l'effort à un rythme croissant (le coût augmente d'autant plus vite que le niveau d'effort est élevé). On peut alors écrire le gain pour l'hôpital en fonction de son niveau d'effort :

⁵ Remplacés depuis 2022 par les « Integrated Care Boards ».

$$G_h(e) = P - c - v(e) - \varphi(e)$$

Soit le revenu tiré du GHM minoré du coût de la prise en charge et du coût de l'effort. L'effort socialement optimal est donc celui qui minimise le coût total $v(e) + \varphi(e)$, il est ainsi caractérisé par l'identité $\varphi'(e) = -v'(e)$, l'effort doit être augmenté tant que la diminution marginale du coût ($-v'(e)$) est supérieur à l'augmentation marginale du coût de l'effort ($\varphi'(e)$). On notera e^* le niveau d'effort optimal, celui qui vérifie cette identité.

Si le régulateur fixe un prix qui couvre les coûts de la prise en charge pour chaque hôpital, $P_h = c + v(e)$, l'hôpital n'a plus d'incitation financière à produire un effort d'optimisation puisque il ne retire aucun bénéfice monétaire de son effort. Il fixera alors le niveau d'effort à son niveau minimum.

Une solution pour le régulateur est de fixer pour chaque hôpital h le prix au niveau de la moyenne des coûts des hôpitaux :

$$P_h = \frac{1}{H} \sum_h C_h(e)$$

Où H représente le nombre d'hôpitaux placés en concurrence (par comparaison). Avec ce mode de tarification chaque hôpital a intérêt à minimiser le coût total $v(e) + \varphi(e)$ et donc à fixer le niveau d'effort à son niveau optimal e^* .

Le prix sera ainsi fixé au niveau $P = c + \varphi(e^*) + v(e^*)$. Il est commun à tous les hôpitaux et correspond concrètement au prix (ou tarif) du GHM. Le mécanisme repose fondamentalement sur l'intéressement des établissements aux efforts de productivité⁶.

Deux limites à ce raisonnement formel apparaissent immédiatement. La première tient à l'hétérogénéité des situations des hôpitaux qui se traduiraient formellement par des coûts fixes, c , et des productivités de l'effort, $v'(\cdot)$, différents d'un hôpital à l'autre et donc à des risques de pertes pour les hôpitaux les moins avantagés. Nous discutons ce point important dans la section suivante. La deuxième est relative à l'intéressement c'est-à-dire aux gains potentiels pour l'hôpital à l'optimisation des coûts. La question de la réalité concrète du partage de ses gains au sein de l'établissement est un enjeu de majeur d'acceptabilité de l'investissement dans la réorganisation des soins. Si les personnels les plus impactés par les changements organisationnels ne bénéficient pas des gains (via des hausses de salaire et/ou une qualité de vie au travail améliorée) l'acceptabilité et donc l'efficacité des changements organisationnels nécessaire à

⁶ Yimaz et al (2012) montrent l'effet positif de la T2A sur l'activité des hôpitaux publics reflète de gains de productivité.

aux gains de productivité en seront diminués. Ce point n'est pas approfondi ici mais il a fait l'objet de nombreux travaux en science de gestion en particulier autour des questions d'absentéisme et de turn-over dans les établissements de santé.

Les limites de tarification à l'activité

La tarification à l'acte a été beaucoup critiquée depuis sa généralisation en France. Nous discuterons plus loin les limites de son efficacité en pratique mais il est important de commencer par évoquer le coût organisationnel de sa mise en place pour les équipes hospitalières. D'une part, elle nécessite la mise en place d'une collecte de l'information nécessaire au codage des séjours, codage qui est coûteux en soit et peut éloigner certains soignants de leur mission première. D'autre part, elle transforme les services ou les pôles (regroupement de services renforcé par la loi HPST de 2009) examinés par la direction de l'hôpital comme centre de profit devant mettre en regard recettes et coûts. Il s'agit donc non seulement d'un mode de tarification mais aussi d'un mode de gouvernance qui impacte profondément l'organisation des services et de pôles. Ce nouveau mode de gouvernance a suscité des résistances fortes et parfois un sentiment de perte de sens parmi les professionnels de santé, qui serait un des facteurs expliquant le fort taux d'absentéisme à l'hôpital et la difficulté à fidéliser le personnel (Burel, 2017). En quelque sorte la T2A conduirait à rapprocher la contrainte budgétaire du soin. C'est bien son but, elle est conçue comme un vecteur de diffusion de la gestion parcimonieuse des ressources (publiques essentiellement dans le cas de la France) de l'hôpital. Elle n'est pas sans impact sur son organisation et la qualité de vie au travail des soignants.

Au-delà des effets managériaux et organisationnels, certainement sous-estimés ou insuffisamment pris en considération par le régulateur, on peut questionner les mécanismes même de la tarification à la pathologie.

1. Il est très important de distinguer tarification à l'activité et tarification à l'acte. Le principe de la tarification à l'activité, comme nous l'avons vu, est d'attribuer un forfait à l'hôpital pour un la prise en charge d'un patient souffrant d'une pathologie donnée dans le but d'inciter l'hôpital à gérer au mieux les ressources allouées à sa prise en charge. La tarification à l'acte correspondrait à une situation dans laquelle le financeur fixerait un prix pour chaque acte médical durant la durée du séjour. Dans le premier cas le forfait est indépendant des actes réalisés alors que dans le deuxième le paiement reçu par l'hôpital va directement dépendre des actes réalisés ce qui n'incite pas à une utilisation parcimonieuse des ressources. Les deux modes de paiements ont donc des propriétés incitatives très différentes. Il se trouve que le nombre de GHM en France depuis le lancement de la T2A en 2006 a considérablement augmenté et nombre d'entre eux sont aujourd'hui caractérisés non seulement par la pathologie et sa sévérité mais également par certains actes réalisés (Cour des Comptes 2023). L'efficacité du mécanisme incitatif théorique de la tarification à la pathologie s'en trouve d'autant diminuée. En outre la

multiplication des GHM facilite la manipulation du codage des GHM en rendant le sur-codage (coder un GHM plus rémunérateur que le codage correspondant au séjour considéré) plus aisé (plus nombreux les GHM deviennent moins différenciés)⁷.

2. Le mécanisme incitatif de la tarification à l'activité suppose que les prises en charge sont homogènes entre les établissements, autrement dit que la qualité des soins est homogène. L'argument sous-jacent repose sur les mécanismes concurrentiels. Un établissement dont les soins sont de moins bonne qualité sera déserté par les patients. Cet argument est bien entendu critiquable au regard de la difficulté pour les patients de s'informer de la qualité des soins (même si le régulateur contribue à rendre public des indicateurs de qualité des soins), d'autre part, les alternatives possibles pour une prise en charge sur un territoire donné peuvent être réduites. La concurrence est ainsi imparfaite et dans ce cas on peut craindre que la tarification à la pathologie conduise certains établissements à rogner sur la qualité des soins pour réduire leurs coûts (« skimping »). Il a ainsi été avancé, par exemple, que la tarification à la pathologie pouvait conduire à une réduction de la durée des séjours préjudiciable la qualité des soins de certains patients.
3. Pour réduire les coûts, les établissements de santé peuvent optimiser au mieux leur organisation, c'est ce qui est attendu de la tarification à l'activité, mais ils peuvent également chercher à sélectionner les patients qui, pour une pathologie donnée (un GHM donné), sont les moins coûteux à prendre en charge (« creaming ») ou encore éviter les patients à haut risque potentiellement très coûteux (« dumping »). Une tarification à l'activité naïve pourrait inciter à de tels comportements de sélection (Pouvourille 2009). Dans le système français dans lequel les établissements privés et établissements publics sont en concurrence et rémunérés par le même système de paiement à l'activité c'est un point sensible. Les établissements publics arguent du fait que leurs missions de service public les obligent à accueillir tous les types de patients indépendamment des coûts attendus de leur prise en charge (à GHM donné) alors que les établissements privés peuvent plus aisément pratiquer du « dumping » en orientant les patients les plus à risque vers les établissements publics. C'est un des arguments invoqués pour justifier le fait que la convergence entre les prix (des GHM) pratiqués pour le public et les prix pratiqués pour le privé ne soient pas réalisés (alors que c'était un objectif affiché de la réforme de la T2A). Plus généralement se pose la question de la maîtrise des coûts des établissements de santé. Le mécanisme incitatif d'une tarification à la pathologie ne fait sens que si les établissements ont la maîtrise de leurs coûts. Nous venons de discuter de la question de la sélection de patients mais on pourrait l'élargir aux contraintes de gestion, des ressources humaines en particulier, qui peuvent s'imposer spécifiquement aux établissements publics.

Ces limites à l'efficience de la tarification à l'activité sont bien identifiées et certaines solutions pour y remédier sont discutées dans la littérature. Concernant la sélection des patients, et plus largement la maîtrise des coûts, certains auteurs ont proposés de mettre en place des tarifications mixtes comprenant une part à l'activité augmentée d'un forfait propre à chaque établissement et fonction des spécificités des patients qu'ils accueillent (plus précisément du surcoût généré par ces spécificités) ou plus généralement des coûts qui échappent à leur contrôle (voir Dormont et al (2004, 2012) pour une exploration dans le cas français). Les forfaits

⁷ Voir Mougéot et al. (2014).

sont conçus comme un moyen de rendre équitable la concurrence par comparaison induite par la tarification à l'activité.

Concernant l'argument portant sur la possibilité pour les établissements de jouer sur la qualité des soins, le régulateur peut actionner deux leviers. Premièrement, il peut encourager la concurrence entre établissements de santé. L'efficacité de ce levier dépend de la répartition géographique des établissements mais aussi de l'information à disposition des patients sur la qualité des soins proposés dans chaque établissement⁸. C'est un instrument qui joue néanmoins un rôle dans les grandes agglomérations dans lesquelles la concurrence s'exerce de manière plus sensible en raison de la densité des établissements⁹. Le régulateur peut jouer sur un autre levier qui est celui de la tarification. Il peut ainsi introduire des paiements fonction de la qualité des soins dans la même logique que celle existant dans le secteur ambulatoire. Ce mode de paiement existe en France (IFAQ) mais il ne représente qu'une part très réduite du budget des hôpitaux. Il est envisagé de renforcer le poids de ce type de paiement à la qualité et de réduire le poids du paiement à l'activité mais les obstacles sont importants. Il doit reposer sur un système d'information fiable qui peut encore alourdir le travail de saisie du personnel soignant, et, d'autre part, il est critiqué pour inciter les établissements à concentrer leurs efforts des établissements sur quelques indicateurs quitte à délaisser d'autres dimensions de la qualité des soins, sans garanti au final d'un effet globalement bénéfique. Notons également que pour favoriser la coopération avec les l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins d'un patient à la sortie d'hôpital des tarifs forfaitaires (on parle de paiement à l'épisode) sont expérimentés par certains hôpitaux. Ils ont alors la charge de rémunérer l'ensemble des professionnels de l'équipe de soins (y compris en dehors de l'hôpital). Ces mécanismes de tarification seront discutés dans un prochain chapitre.

Enfin, l'évolution vers un nombre toujours plus grand de GHM, qui sape les mécanismes incitatifs de la tarification à l'activité, est une réalité dans la plupart des pays dont le financement des hôpitaux repose sur ce type de tarification. Cette évolution est notamment le fait de l'introduction progressive d'innovations entraînant de nouveaux actes donnant lieu à codification et à de nouveaux GHM. C'est en quelque sorte le soutien à l'innovation (le régulateur souhaite couvrir les coûts des hôpitaux les plus innovants) qui tend à démultiplier les GHM et à réduire l'efficacité des mécanismes incitatifs de la tarification à la pathologie.

⁸ Voir Gaynor et al (2013) pour une évaluation en Grande-Bretagne de l'effet de la concurrence entre établissements sur la qualité des soins.

⁹ Voir Choné et al (2014) pour une étude sur le rôle de la concurrence sur l'activité des hôpitaux publics après introduction de la T2A.

Si le régulateur peut jouer sur des tarifications mixtes et des paiements à la qualité, la tarification à la pathologie demeure d'usage délicat. Elle n'en demeure pas moins un instrument utilisé dans la plupart des systèmes de santé européens. Au-delà des mécanismes incitatifs que nous venons de discuter, elle a en effet l'avantage de lier étroitement le budget des hôpitaux à leurs activités ce qui en fait un instrument favorisant la transparence du financement des hôpitaux (à la différence du financement par budget global fondé essentiellement sur l'activité passée et pouvant induire comme nous l'avons discuté précédemment des différences de financement injustifiées).

Dans le système de santé français, la tarification à l'activité rencontre une autre difficulté qui vient de l'usage de la tarification comme instrument de contrôle des dépenses de soins à l'hôpital. Les tarifs ont en effet été utilisés comme une variable d'ajustement pour s'assurer que les dépenses de soins ne dépassent pas le plafond fixé par le parlement chaque année. Le principe de ce mode de régulation est simple il consiste à baisser les prix des GHM (de manière rétrospective, c'est-à-dire en fin d'année pour tous les séjours de l'année écoulée) quand le volume de séjours dépasse les objectifs. Cette régulation budgétaire est bien sûr un facteur d'incertitude fort pour les établissements dans leur gestion prévisionnelle, elle induit aussi un mécanisme incitatif délétère en poussant les établissements à augmenter, dans la mesure du possible, les volumes des séjours et en particulier les volumes des séjours (Mougeot et al 2014) des GHM jugés les plus profitables par les établissements (dont le coût pour l'hôpital est inférieur au tarif). En quelque sorte les hôpitaux tendent à se couvrir contre le risque de baisse des tarifs en cherchant à augmenter le volume des actes, des actes profitables en tous les cas, ce qui mécaniquement se traduit par la baisse des tarifs qui était justement craint. Ce mode de régulation budgétaire des tarifs induit ainsi un mécanisme concurrentiel délétère sur les volumes d'activité qui conduit à un volume d'activité trop important ou biaisé au profit des séjours les plus rémunérateurs pour l'hôpital¹⁰. Cet effet délétère suppose naturellement que les établissements soient en mesure d'influencer la demande par des mécanismes de demande induite ce qui n'est bien sûr pas toujours possible ou seulement marginalement. Les établissements peuvent jouer, dans certains cas, sur l'adressage des spécialistes pour influencer le volume des hospitalisations programmées.

Quoi qu'il en soit, la tarification à l'activité n'est en aucun cas un instrument direct de contrôle des dépenses de soins. Utiliser les prix des GHM pour maîtriser les dépenses occasionnent des

¹⁰ On parle d'équilibre à la Cournot du nom d'un célèbre économiste français du 19^{ème} siècle s'étant notamment intéressé à la concurrence sur des marchés oligopolistiques (Mougeot et al 2014).

incitatifs délétères pour les systèmes de soins. Les prix doivent refléter les coûts (ou en tous les cas les coûts moyens de production).

Le contrôle des dépenses que permet la T2A est indirect en incitant à la maîtrise des coûts les établissements dont les coûts sont supérieurs au coût moyen des établissements servant de référence à l'évaluation des tarifs. Elle peut également jouer un rôle plus actif en rendant profitable des prises en charge qui sont jugées efficaces pour le système de soins à long terme. Les hospitalisations en ambulatoires (sans nuitée à l'hôpital) ont ainsi été encouragées par la fixation de tarifs identiques à ceux d'une prise en charge classique avec un séjour à l'hôpital (alors que les coûts pour l'hôpital sont théoriquement moindres puisque la prise en charge en ambulatoire permet d'économiser le coût de l'hôtellerie). La tarification à l'activité peut également être utilisée de manière conservatrice en n'intégrant pas les coûts liés à une prise en charge innovante jugée insuffisamment efficace (dont les gains pour la qualité de vie sont jugés insuffisants au regard du coût). En France les innovations peuvent faire l'objet, dans un premier temps, d'un financement hors T2A, c'est-à-dire d'un paiement spécifique en dehors des GHM¹¹, pour garantir un accès rapide aux innovations. Sur le plus long terme, la tarification à l'activité devrait avoir pour rôle de couvrir le coût des prises en charges jugées efficaces en intégrant ou non le coût des innovations. Le rôle de maîtrise des dépenses de soins de la T2A doit passer par la délimitation des périmètres de coûts couverts par les tarifs.

La baisse des tarifs pour compenser une hausse du nombre de séjours expliqué par des causes épidémiologiques et populationnelles est une utilisation dévoyée de la tarification à l'activité.

¹¹ Comme les médicaments de la liste en sus

Références

Bardey D., Cremer H., Lozachmeur J-M. (2012), *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, vol. 12(1), pages 1-31, November 2012.

Burnel P. (2017), « L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35(2), 2017, p. 67-79.

Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E. (2014), « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Insee Analyses*, n° 15, Insee, janvier 2014.

Cour des Comptes (2023), *Les établissements de santé publics et privés : entre concurrence et complémentarité*, Octobre 2023.

Dormont B., Milcent C. (2004), *The sources of hospital cost variability*, *health economics*, 3, p. 927-939.

Dormont B., Milcent C. (2012). Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire, *Économie et Statistique*, vol. 455(1), pages 143-173.

Gaynor M., Moreno-Serra R., Propper C. (2013). Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service, *American Economic Journal: Economic Policy*, American Economic Association, vol. 5(4), pages 134-66

Mougeot, M, Naegelen, F (2014). La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Revue française d'économie*, 2014/3 Volume XXIX. pp. 111-141.

Pouvoirville, G (2009). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas La mise en œuvre de la tarification à l'activité. *Revue économique*, 2009/2 Vol. 60. pp. 457-470.

Schleifer A. (1985), A theory of yardstick competition, *Rand Journal of Economics*, 6 (3), p. 3 9-328.

Yilmaz E. et Frikha S. (2012), *Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009*, *Le Panorama des établissements de santé – édition 2012*, DREES.

Comment citer ce cours ?

Economie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

Figures

Figure 1 : structure de l'Ondam hospitalier 2017 (source : Drees) 6