

Conférence AFSE-DgTrésor 10-12-2020
« Evaluation des politiques publiques »

Hétérogénéité des patients, tarification hospitalière et régulation du système de soins

Dominique Bureau

**Évaluation du *design* des mécanismes tarifaires
en présence d'hétérogénéité au sein d'un
diagnostic et d'aléa thérapeutique**

Contexte et objectifs de l'évaluation

- La régulation hospitalière en question: cf « Ma santé 2022 »; tensions pré-et-post Covid; « Ségur »...
- La « T2A » (forfaits par GHM) concentre les critiques. En réduire le champ tend ainsi à être érigé comme un « objectif en soi »...
- ...mais souvent sur la base de critiques contradictoires ou portant in fine sur d'autres instruments, de nature autre: de planification (territoriale et démographie médicale; choix de structures); ou budgétaire (ONDAM)

→ besoin d'identifier plus précisément l'origine des problèmes; de clarifier l'articulation de ces instruments; sans ignorer les dysfonctionnements manifestes de la T2A

Des dysfonctionnements documentés...

Carine Milcent (2019), « *From downcoding to upcoding: DRG based payment in hospitals* » :

« I unambiguously demonstrate that the implementation of a finer classification led to up-coding.

The end result has been a budget transfer from public non-research hospitals to for-profit hospitals. **This budget reallocation did not correspond to any change in the actual production of care.**

This research emphasizes the need to anticipate the impacts of any changes in the DRG classification on public and private-sector.”

L'hétérogénéité des patients plus généralement au cœur des débats sur la T2A

- La tarification par DRG permet-elle à un offreur de soins efficace de soigner les cas les plus lourds?
- Celle-ci, ou la combinaison de celle-ci avec des mécanismes d'enveloppe budgétaire (points-flottants), risque-t-elle de générer des phénomènes de sélection des patients ou d'ajustement de la qualité des soins vers le bas?
- Y-a-t-il des solutions pour éviter le « surcodage », et plus, généralement mieux intégrer la diversité des « *case-mix* », autres que par l'inflation non maîtrisée des nomenclatures?
- Quelles leçons des problèmes rencontrés avec la T2A doivent être retenues pour établir de nouveaux modes de paiements, notamment les dotations populationnelles?

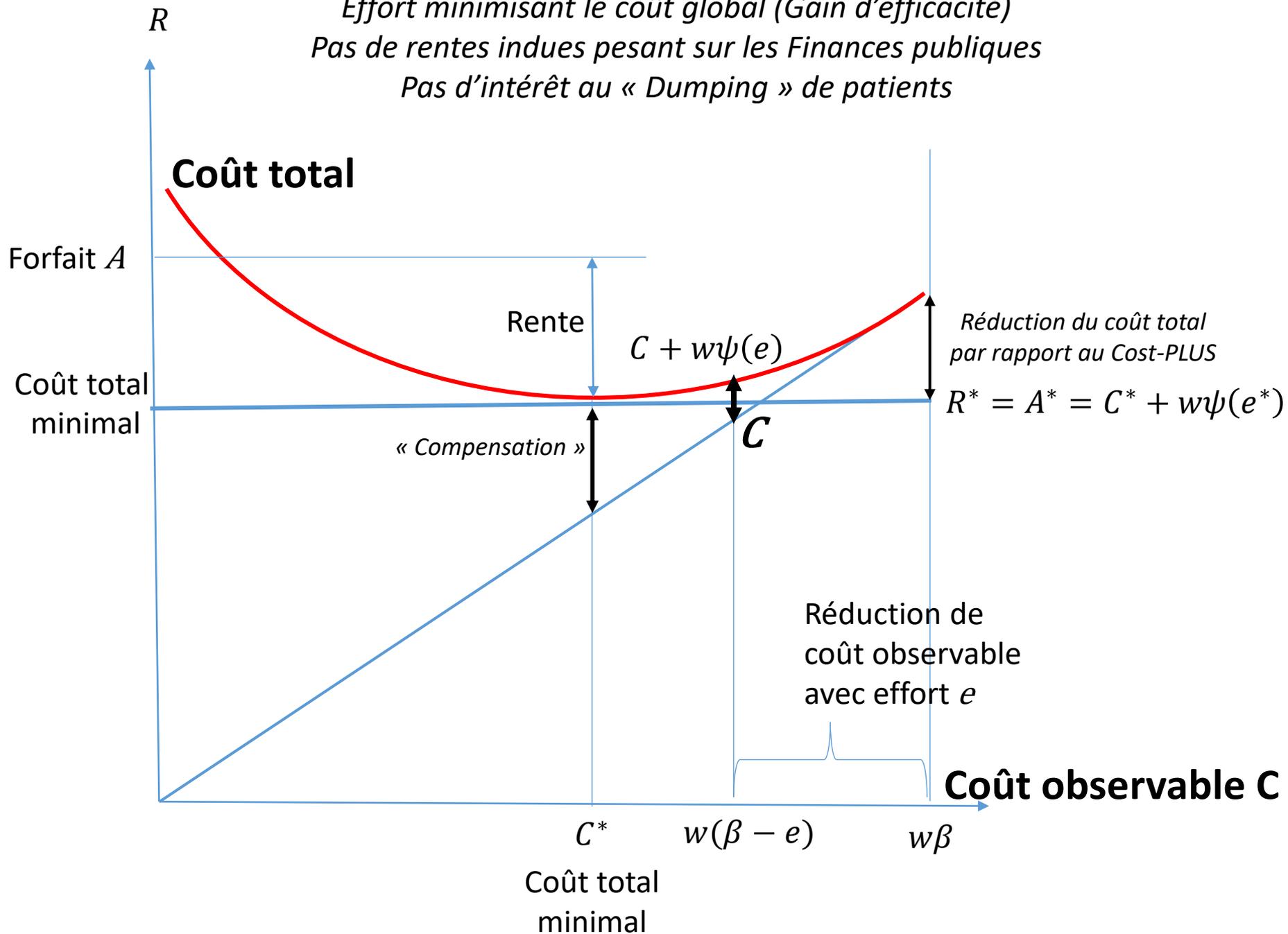
p.m. Principes des réformes Medicare (1983)...

- **Constats:** durées de séjour, examens et prescriptions excessifs au regard des besoins de soin; des modifications des comportements de prescription ou des pratiques médicales sont donc susceptibles de réduire les coûts pour la collectivité, sans affecter la santé des populations.
- **Principes:** pour cela, il convient de « responsabiliser » les offreurs de soins à la maîtrise des coûts des traitements; la rémunération de l'activité doit s'entendre par rapport au « service » de soins et non à des « moyens » utilisés, dont une part n'est pas justifiée
- **Mise en œuvre:**
 - 1- Forfaitisation du paiement par pathologie (DRG), pour inciter à réduire les coûts
 - 2- Calibrage des forfaits par comparaison («parangonnage» ou *yardstick competition*), pour le traitement de patients similaires (avec la qualité appropriée)

Cadre d'analyse sous-jacent

- Modèle de base (point de départ): problème seulement d'aléa moral, i.e. DRG (Diagnosis related group) « idéal » définissant un groupe homogène en termes de coûts (ie diagnostic unique, pas de « complications »). Les coûts se décomposant en deux types (cf. Laffont-Tirole (1993), ch. I.1 Cost-reimbursement rules):
 - **Coûts observables par le « régulateur »** C (actes réalisés, durées de séjour, prescriptions...) Ceux-ci dépendent de la pathologie (β), négativement de l'effort (e) de l'offreur de soins à la maîtrise des coûts, et des prix de production médicaux (w), soit $C = w(\beta - e)$
 - **Coût de « l'effort »** ($\psi(e)$) pour réduire les coûts de traitement (ex. profondeur de l'examen clinique ou du suivi des patients, formation...). Cet effort n'est pas observable par le régulateur, d'où le besoin « d'incitations » pour encourager la maîtrise des coûts,
 - **Coût total:** $C + w\psi(e)$, somme des deux types de coûts précédents; qui reconnaît donc que l'économie réalisée (e) sur C grâce au niveau d'effort mis en œuvre par l'offreur de soins engendre des coûts pour celui-ci → arbitrages à réaliser

*Effort minimisant le coût global (Gain d'efficacité)
 Pas de rentes indues pesant sur les Finances publiques
 Pas d'intérêt au « Dumping » de patients*



Complémentarité des instruments de régulation

Coût économique
des traitements

Coût des distorsions
liées au financement (PO)

Valeur des services
« complémentaires »
pour le patient

$$\bullet \text{ Min } CS = \int_0^L \tilde{w}(l) \cdot dl + \lambda N(U + wL) - NS(x)$$

avec $L = N[\beta + x - e + \psi(e)]$

s.c. accès aux soins (traitements nécessaires)

d'où $\left\{ \begin{array}{l} (w = \tilde{w}(L)) \\ \mathbf{e} = \mathbf{e}^* \\ \mathbf{U} = \mathbf{0} \end{array} \right.$ et $S'(x) = w \cdot (1 + \lambda')$; $\lambda' = \lambda(1 + 1/\eta)$

« Medicare »

Utilisation efficace
du système de soins
par les patients

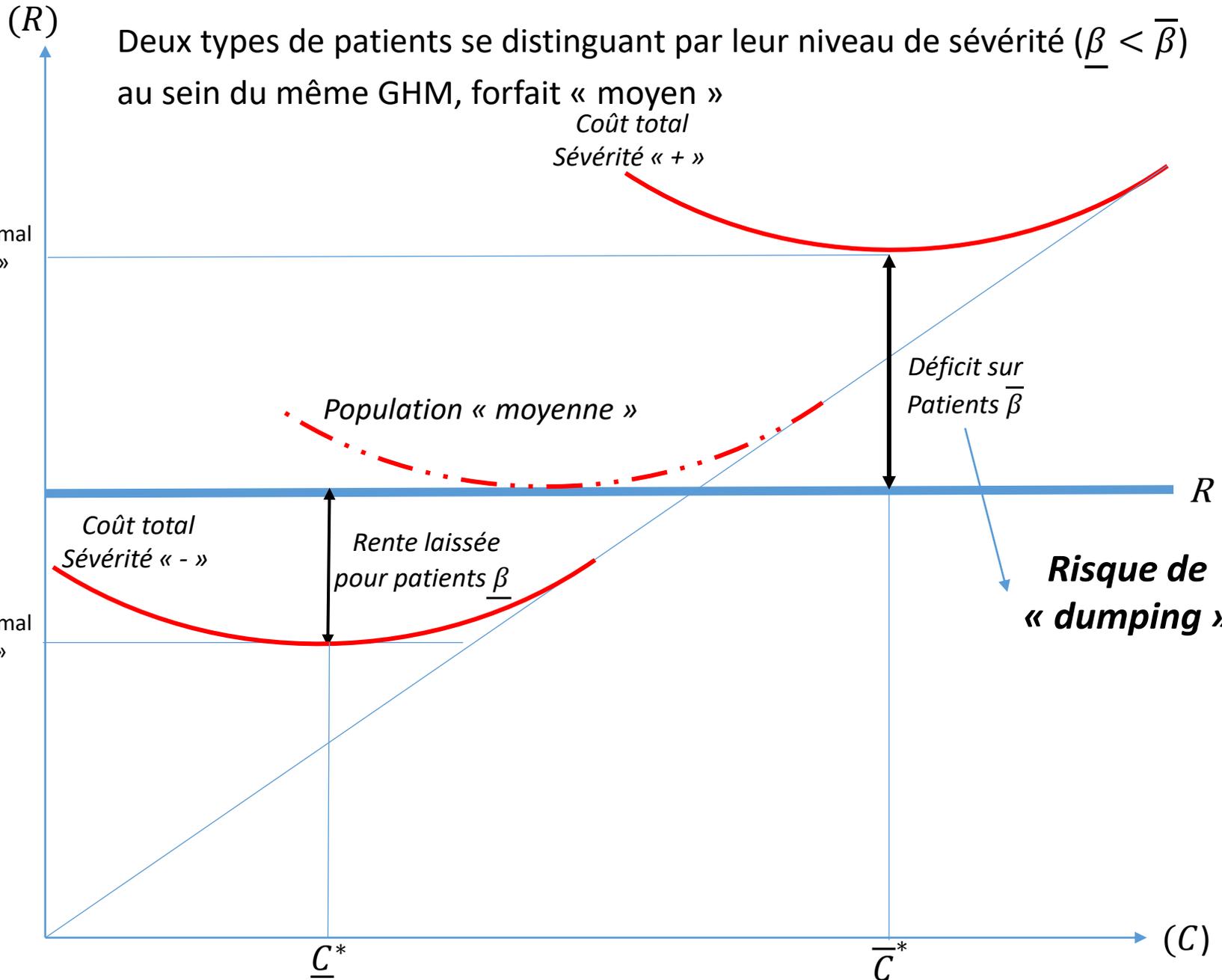
COFP augmenté
(Besoin de s'assurer de la
disponibilité des facteurs)

Origines possibles des problèmes

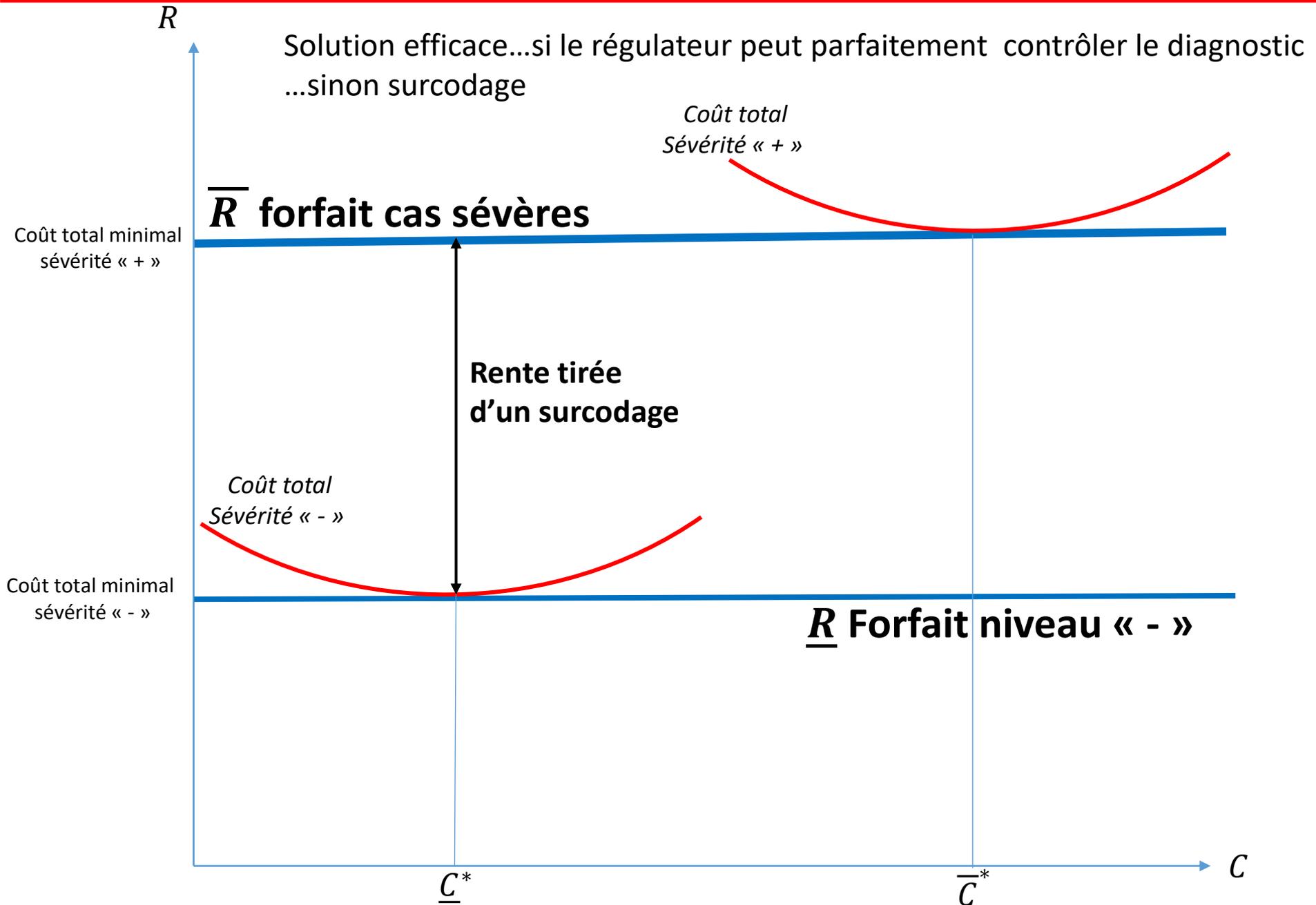
- Mise en œuvre (cf. Mougeot et Naegelen...)
 - Crédibilité de la forfaitisation; pluri-annualité...
 - Gouvernance des établissements
 - Imperfections de la régulation tarifaire: instruments; indépendance...
- Nécessité d'enrichir le cadre d'analyse (hétérogénéité des patients; comportement des offreurs de soins, id.)
- Mécanisme d'ajustement des forfaits utilisé (ONDAM et non concurrence par comparaison) et, plus généralement, imperfection des autres mécanismes de régulation

→Renforcement mutuel des imperfections? Raffinement des nomenclatures « 2009 » + Ondam

DRG Hétérogène (ex ante: sévérité Δg): sélection et rentes

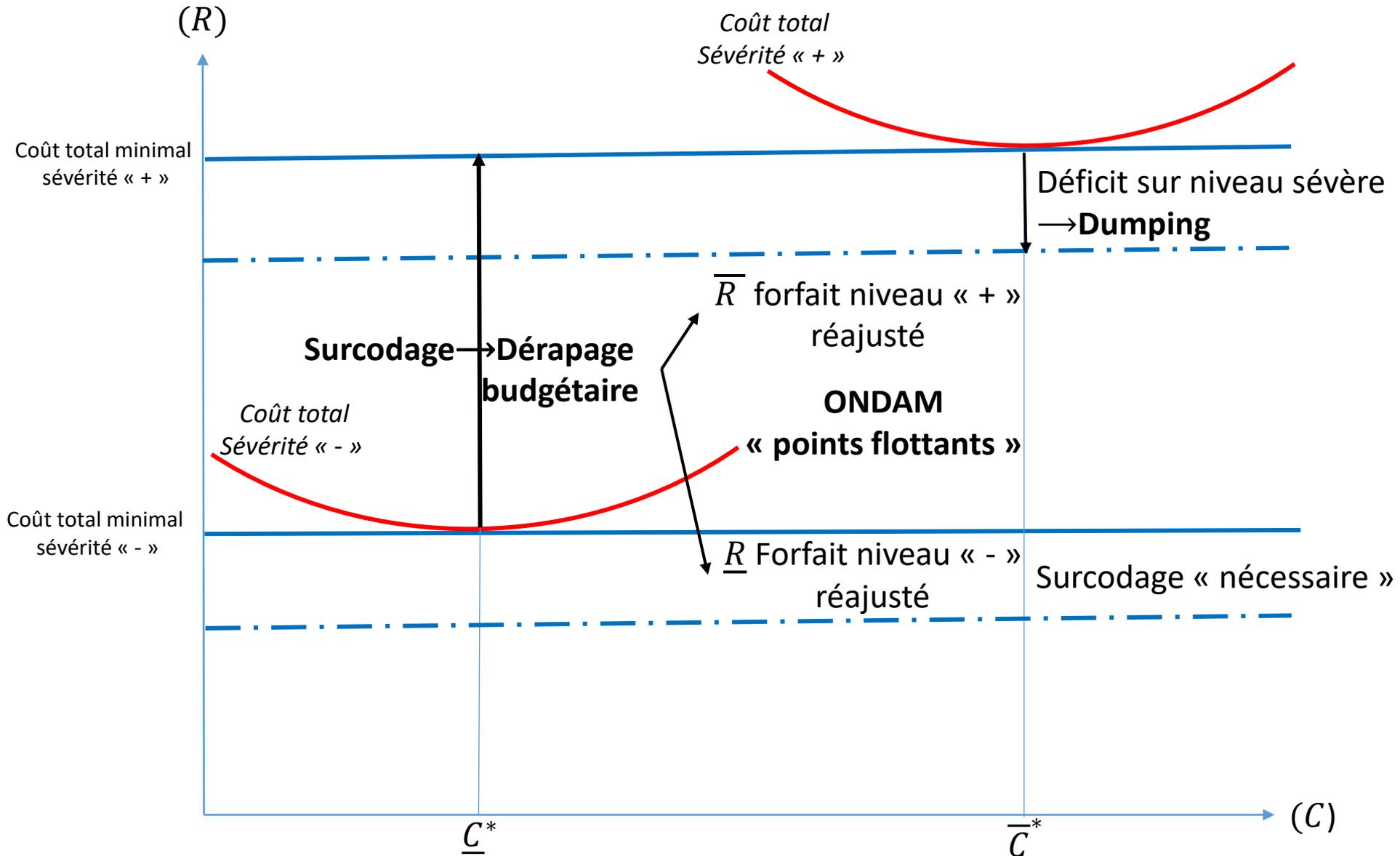


Différenciation des forfaits type « 2009 »



Raffinement de la T2A et ONDAM

Cercle vicieux: surcodage; ajustement des forfaits; sélection des patients

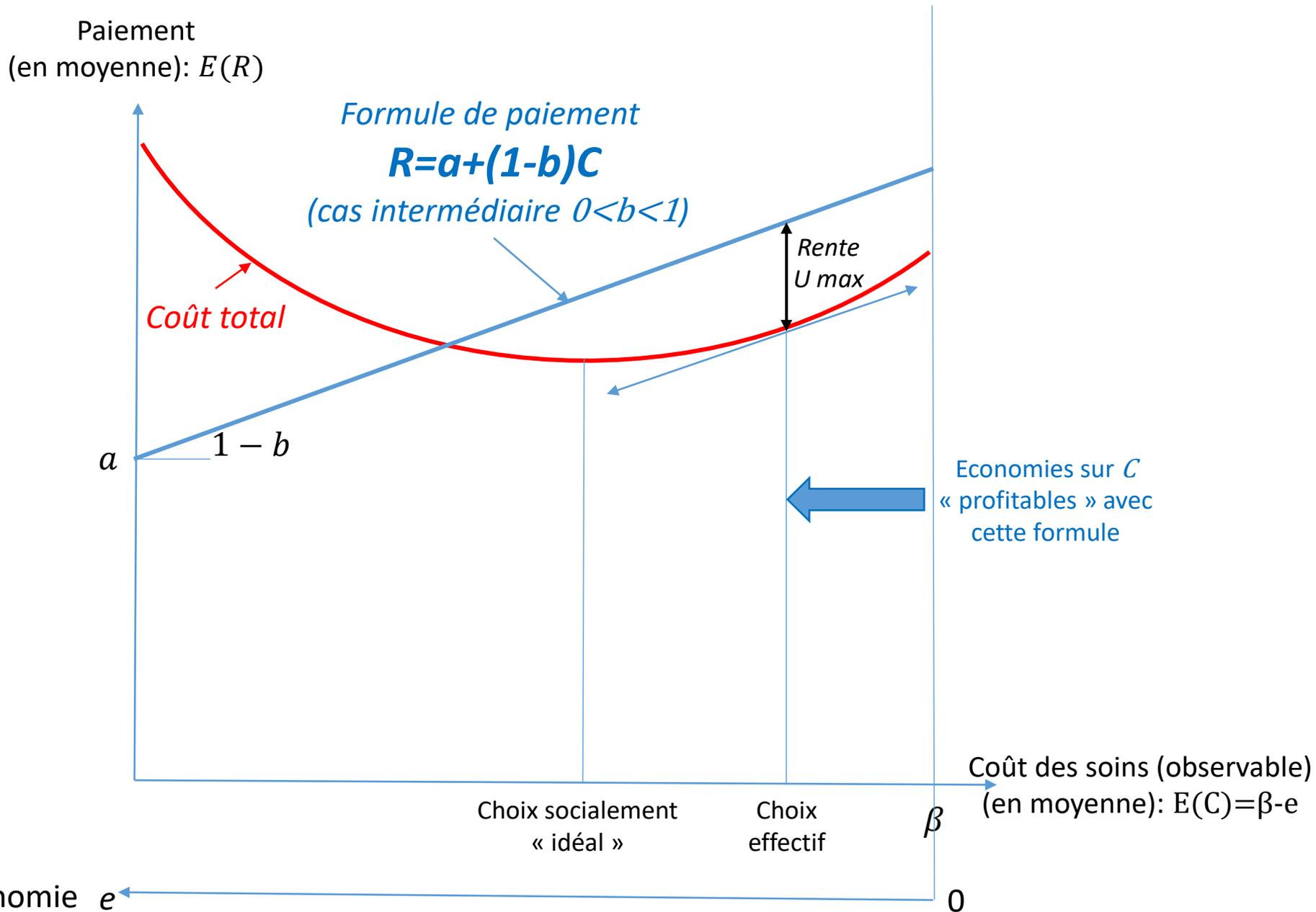


Contraintes supplémentaires résultant de l'aléa thérapeutique

- Problèmes posés par l'aléa thérapeutique:
 - 1- nombre de patients et auto-assurance de l'offreur de soins, outliers
 - 2-Pour le « régulateur », impossibilité de « contrôler/fixer ex ante » directement C , seulement d'y conditionner le paiement pour contrôler indirectement l'effort (qui demeure inobservable, même indirectement)
- Formules de paiements mixtes possibles, combinant (ie. additionnant) un remboursement partiel des coûts observables constatés et un terme forfaitaire par cas. On note (b) le taux de forfaitisation et (a) le paiement forfaitaire (cf. Laffont-Tirole, 1993, ch.I.1. op.cit.).
- Soit des formules de paiement de type: $R=a+(1-b)C$
 - $b=0$ remboursement rétrospectif des coûts ($a=0$: cost-plus $R=C$). N'incite pas à réduire les coûts
 - $b=1$ paiement prospectif forfaitaire par pathologie (type T2A: $R=a$). Forte incitation à réduire ceux-ci, car « retour » marginal à 100% des économies réalisées

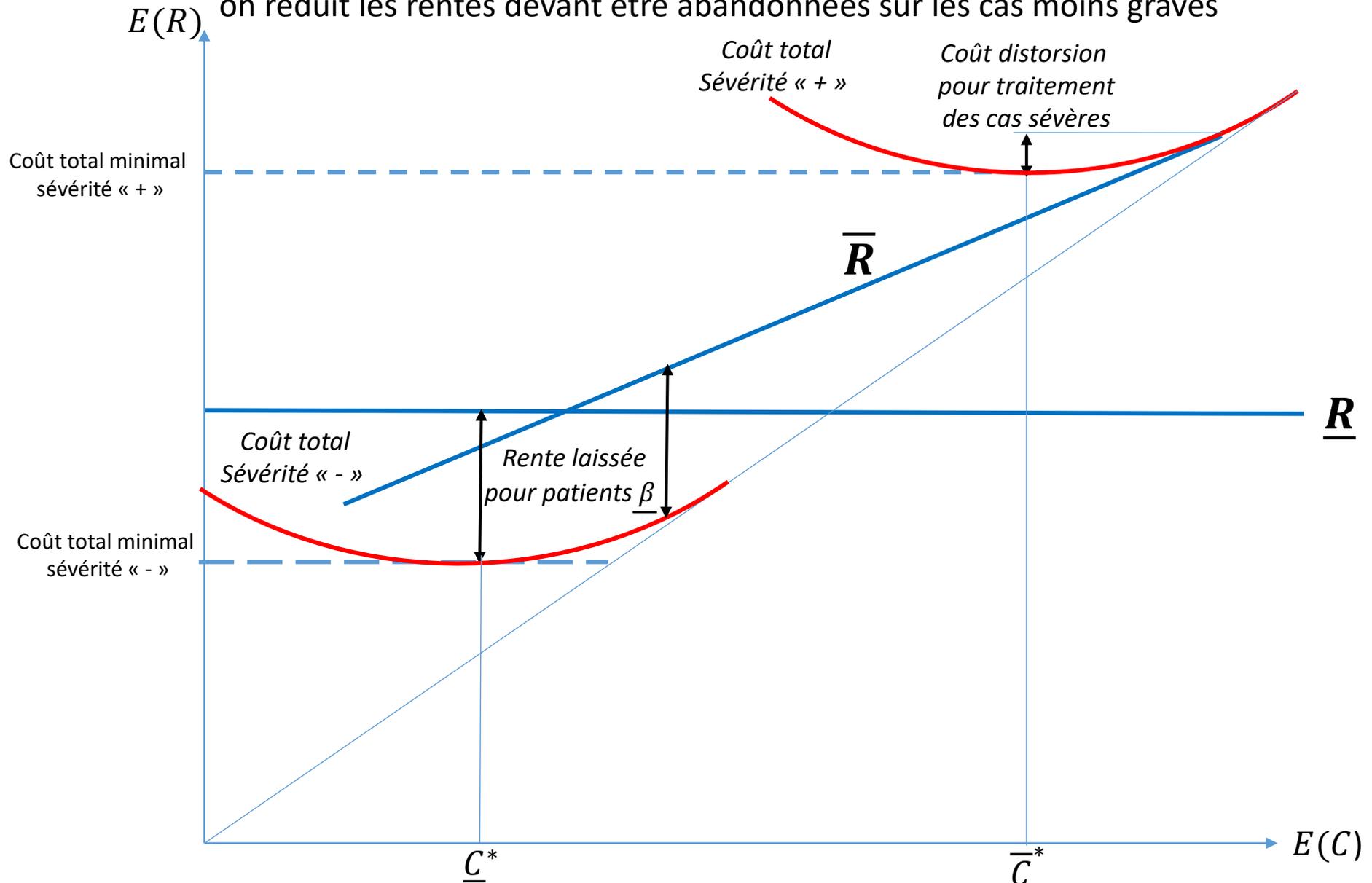
→ b caractérise la puissance des incitations à réduire les coûts

Contrôle du niveau d'effort par une formule linéaire de partage des coûts



Menus d'options efficaces « T2A + »

En réduisant la puissance des incitations pour le traitement des cas sévères, on réduit les rentes devant être abandonnées sur les cas moins graves



Conclusion

- La tarification par DRG est-elle compatible avec l'accès aux soins? **Oui, si les forfaits sont bien ajustés par comparaison (et si l'offreur de soins a répondu aux incitations à l'efficacité résultant de la forfaitisation)**
- Celle-ci, ou la combinaison de celle-ci avec des mécanismes d'enveloppe budgétaire (points-flottants), risque-t-elle de générer des phénomènes de sélection des patients ou d'ajustement de la qualité des soins vers le bas? **Oui...**
- Y-a-t-il des solutions pour éviter le « surcodage »? **Menus d'options, mais avec paiement forfaitaire pour les cas moins sévères seulement, et formule mixte remboursant partiellement les coûts des patients plus lourds; les deux étant conçus en cohérence pour que les offreurs de soins auto-sélectionnent la formule qui leur est destinée. Le surcodage reflète que la tarification par DRG visait à traiter seulement un problème « d'aléa moral ». Mais l'inflation des nomenclatures n'était pas la bonne approche pour traiter de l'hétérogénéité des patients. La mise en œuvre des mécanismes optimaux dans ce contexte nécessite à nouveau de procéder par « comparaison »**
- Quelles leçons doivent être retenues pour établir de nouveaux modes de paiements? **Nécessité de traiter de même l'hétérogénéité des case-mix pour les dotations populationnelles, sinon....**