

dossiers
solidarité et santé
hors série



La tarification à la pathologie
les leçons de l'expérience étrangère

Actes du Colloque
Paris, 7 et 8 juin 2001
organisé par la DREES
avec la collaboration scientifique de l'IDEP-GREQAM

sommaire

La tarification à la pathologie

les leçons de l'expérience étrangère

PRÉSENTATION

- La tarification à la pathologie :
leçons de l'expérience étrangère
*Chantal Cases, Philippe Cuneo, Laurence Hartmann,
Karine Moschetti, Lise Rochaix* 7

DOSSIER

- Tarification à la pathologie :
enjeux et perspectives de l'expérimentation en France
Dominique Henriot 21
- Les systèmes de tarification des hôpitaux aux États-Unis :
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles
Randal P. Ellis 29
- Système de tarification et évolutions de la variabilité
des coûts hospitaliers en France et aux États-Unis
Eric Delattre, Brigitte Dormont, Mark Mac Clellan, Carine Milcent 39
- La pratique des groupes par *Case-Mix* en Angleterre
Andrew Street, Diane Dawson 53
- La détermination du budget global des hôpitaux
avec les *Diagnosis Related Group (DRG)* :
description et enjeux de l'expérience québécoise
Anne Lemay 63
- L'assistance hospitalière allemande :
vers une tarification au forfait,
sur le modèle du système australien des *DRG (Diagnosis Related Groups)*
Antje Freitag 73
- La tarification à la pathologie des services hospitaliers :
la manière scandinave
Jes Sjøgaard 79
- Le financement des hôpitaux suisses par *APDRGs*
Luc Schenker, Laurence Hartmann 87

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

RANDALL P. ELLIS

Université de Boston

Depuis l'introduction du programme *Medicare* pour les personnes âgées et les populations handicapées dans les années 60, la politique de tarification hospitalière aux États-Unis a évolué dans le sens d'une forte incitation à contenir les dépenses. Le système de tarification hospitalière à la pathologie (sur la base des groupes relatifs au diagnostic, « *Diagnosis related groups* » ou DRG) mis en place par *Medicare* en 1983 a été perçu favorablement : l'escalade des coûts consacrés aux soins des malades hospitalisés s'est ralenti, tout en maintenant l'accès et la qualité. Les paiements à la pathologie ne sont pas complètement prospectifs. Ils dépendent des procédures et des paiements des séjours extrêmes. Les dépenses hospitalières de *Medicare* ont augmenté de manière sensiblement moins rapide que les dépenses en autres types de services. La mise en place a nécessité des ajustements périodiques, avec des améliorations dues pour les nouvelles technologies, les coûts d'investissement et d'enseignement. Les principaux problèmes liés à la tarification à la pathologie sont les incitations qui visent à contenir les dépenses qui peuvent être trop importantes. Elles incitent à une sélection des patients, et peuvent encourager la substitution de soins externes ou ambulatoires à des soins en hospitalisation, sans pour autant faciliter la gestion des soins.

Les deux alternatives face à la tarification à la pathologie sont un système mixte de paiement et la capitation. Dans un système mixte, les hôpitaux sont payés en partie de manière prospective et en partie sur la base des coûts réels. Ce système a certainement des propriétés incitatives souhaitables, en rapprochant les prix des coûts marginaux, sans les ramener à zéro comme c'est le cas dans un système complètement prospectif. Avec la capitation, les paiements aux prestataires sont effectués tous les mois et reflètent les coûts attendus et non les coûts réels. Ce système prospectif a été adopté par *Medicare* et de nombreuses assurances privées. Parce que les paiements sont indépendants des services de santé qui sont réellement fournis, les paiements par capitation encouragent davantage les agents à gérer toutes les formes de soins médicaux. Un ajustement des risques est nécessaire, afin de motiver d'une façon plus appropriée les prestataires, à affilier et traiter tous les types de patients, sans encou-

rer la sélection. Bien que de nombreuses formules d'ajustement du risque soient utilisées aux États-Unis, la plus largement répandue repose sur le diagnostic, à partir des demandes médicales pour ajuster les paiements. Le programme américain *Medicare* a commencé à utiliser un système de ce type en 2000 pour payer les plans de soins qu'il gère : ce système est basé sur les Groupes de Coûts de Diagnostics (DCG).

Cet article résume la façon dont les hôpitaux sont financés aux États-Unis. Il met en particulier l'accent sur le passage au paiement prospectif dans le programme *Medicare*, et les incidences sur d'autres pays qui envisagent des réformes similaires. Après une discussion sur les questions essentielles d'incitations, qui motivent ce passage au paiement prospectif, on examinera la législation récente et son impact sur la tarification hospitalière.

Le point de vue consensuel consiste à dire que les réformes de tarification du programme *Medicare* américain, et spécialement le système des DRG (*diagnosis related groups* ou groupes relatifs aux diagnostics) qui a été mis en place à partir de 1983, a eu un grand succès : il a changé du tout au tout les incitations des hôpitaux. Il a contribué à réduire les durées d'hospitalisation et à réduire les coûts, sans que l'on ait pu vraiment constater de réduction de la qualité des soins. Cependant, ce système de tarification à la pathologie a introduit quelques incitations qui sont moins que souhaitables. La seconde moitié de l'article aborde les enjeux de certains défis actuels auxquels est confrontée la tarification à la pathologie aux États-Unis, et des améliorations proposées. La dernière partie tente d'exposer les conséquences d'une orientation vers un système de capitation. Dans ce cas des montants encore plus importants de dépenses, couvrant une année entière de services plutôt qu'un séjour hospitalier, sont utilisés pour payer des groupes de fournisseurs de soins.

MÉTHODES DES HÔPITAUX PAYANTS

Les tendances récentes de la tarification aux États-Unis peuvent être vues comme une progression des mécanismes de paiement à bas pouvoir incitatif vers ceux à haut pouvoir incitatif. Par « pouvoir » nous

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

entendons la force des incitations à la réduction des coûts. Cinq mécanismes de paiement différents sont présentés dans le graphique 1. Ils sont présentés sur un axe qui va de la plus faible incitation à la réduction des coûts, jusqu'à la plus importante. Les systèmes de paiement créent aussi d'autres incitations qui affectent les protocoles de traitement, la qualité et l'accès aux soins. Mais les incitations à la réduction des coûts sont peut-être les plus importantes pour réfléchir aux différences entre les systèmes. Les principaux ouvrages de référence en matière d'incitations par la tarification hospitalière sont les livres de Schleifer (1985), Ellis et Mc Guire (1986), Laffont et Tirole (1993) et Mc Clellan (1997).

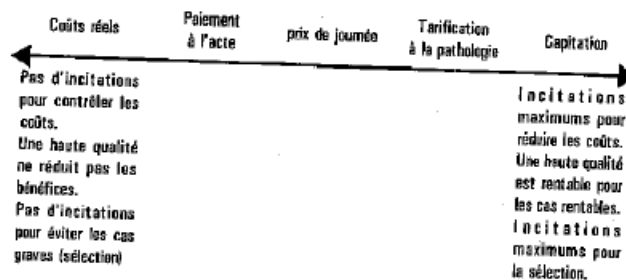
Le système le plus simple est de payer les hôpitaux sur la base de leurs coûts réels : coûts de personnel, d'investissement, achats de fournitures, etc. Il existe diverses façons de payer selon les coûts réels : par un budget global évalué sur la base des coûts historiques, ou par des paiements basés sur les dépenses hospitalières de l'année précédente et corrigées de l'inflation. Les paiements basés sur les coûts réels n'incitent pas les prestataires de soins à réduire les dépenses. De nombreux modèles concluent que si les prestataires de soins trouvent une certaine utilité à aider les patients, les hôpitaux qui sont complètement remboursés de leurs dépenses fourniront des services jusqu'au point où le bénéfice marginal du traitement sera nul (cf. par ex. Ellis et Mc Guire, 1986). Le résultat nous engage à penser que les hôpitaux auront tendance à sur-traiter les patients. Par ailleurs, les prestataires n'auront pas d'incitations à éviter les patients « coûteux », puisqu'ils perçoivent dans tous les cas le montant total des soins. Un dernier effet du remboursement des coûts est qu'il incite peu à l'effort (ou à la qualité qui requiert un effort) car le paiement du prestataire n'est pas lié aux résultats. Par conséquent, les hôpitaux sont peu enclins à attirer des patients (Laffont et Tirole, 1993). Manifestement, les remboursements

basés sur les coûts créent des problèmes d'incitations, à la fois pour la question des coûts et pour la qualité.

A l'autre extrême, dans un système de paiement par capitation, un réseau complet de prestataires (hôpitaux, médecins et autres) pourra recevoir des paiements qui reflètent les coûts attendus pour chaque patient, plutôt que les coûts réels des services fournis (Van de Ven et Ellis, 2000). Dans un système pur de capitation, les revenus des prestataires sont indépendants du niveau et de la qualité des services. Cela incite énormément à réduire les coûts. Cette réduction peut être trop importante en concurrence entre les prestataires. Puisque l'effort est coûteux, les prestataires ne voudront fournir des efforts et de la qualité que dans la mesure où cela leur permet d'attirer des patients rentables. Si les paiements par capitation pour les plans de santé ne sont pas ajustés pour refléter complètement les coûts attendus pour chaque personne affiliée, la capitation incitera les prestataires à tenter de sélectionner les cas rentables et à éviter de traiter les autres. Ellis (1998) décrit les différentes actions des prestataires de soins pour attirer les cas rentables : « l'écrémage » (le prestataire fournit trop de services aux bien portants), la parcimonie (il fournit trop peu de soins aux malades) et la sélection (il évite de manière explicite les pathologies coûteuses).

L'intermédiaire, entre les paiements basés sur les coûts et la capitation, ce sont des systèmes de paiement qui diffèrent en fonction de l'étendue des services auxquels s'applique la tarification. Le paiement à l'acte affecte un prix à chaque service élémentaire plutôt que de les payer sur la base des coûts réels. Contrairement aux paiements basés sur les coûts réels, les cas plus ou moins complexes sont facturés au même tarif, et par conséquent les prix diffèrent des coûts marginaux. Dans un système de paiement à la journée, les paiements sont fixes pour chaque journée d'hospitalisation quelle que soit la manière dont le patient est traité. Dans le cas du système de tarifica-

GRAPHIQUE 1 ●
systèmes de tarification hospitalière



LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

tion à la pathologie, l'hôpital touche un montant fixe pour chaque séjour classé dans une pathologie donnée. Il est facile de constater que la tarification à la journée et à la pathologie incitent à réduire les coûts unitaires respectifs (par journée ou par séjour). Cependant, ils créent aussi, à la marge, des distorsions qui peuvent être inquiétantes (sur le nombre de journées ou le nombre de séjours). Ils incitent également à la sélection, en créant un besoin d'ajustement des paiements, afin qu'ils correspondent aux coûts unitaires attendus (par journée ou par séjour).

LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS

La tarification hospitalière aux États-Unis a été surtout transformée par la mise en œuvre, en 1967, du programme national *Medicare* pour les personnes âgées. Ce programme, qui a été étendu par la suite aux personnes qui souffraient de handicaps, couvre actuellement 39 millions de personnes âgées et handicapées. Afin de s'assurer que le programme *Medicare* indemnise correctement les hôpitaux, ceux-ci ont été d'abord payés rétrospectivement, sur la base des coûts réels rapportés dans les comptes annuels de l'hôpital. Cela représentait un retour en arrière par rapport aux prix de journée et au paiement à l'acte antérieurs, et à l'orientation générale vers les paiements prospectifs, calculés à l'avance et par conséquent indépendants des coûts réels.

En l'absence d'autres types d'incitations financières, les paiements hospitaliers pour *Medicare* ont rapidement augmenté pendant les quinze premières années, conduisant en fin de compte aux principales réformes mises en œuvre au cours des années 80. En 1982, la première réforme a introduit le paiement au séjour. Mais c'était un système de paiement plutôt partiellement que complètement prospectif¹, et ceci pour deux raisons. La première est qu'il y avait un partage de risque significatif. Les hôpitaux pouvaient garder une partie des bénéfices lorsque les coûts étaient inférieurs aux revenus (alors que les hôpitaux supportaient tous les risques si les coûts étaient supérieurs !). La deuxième est que les paiements hospitaliers étaient calculés sur la base de groupes d'hôpitaux semblables, avec un faible nombre d'hôpitaux dans certains groupes. Par exemple, un groupe pouvait être formé de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de moins de 100 lits de l'État du Massachusetts. Le coût d'un hôpital donné affectait les paiements des années ultérieures, et les paiements

n'étaient donc pas complètement prospectifs.

Le système de paiement hospitalier de 1982 a été de nouveau revu en 1983. Cependant, cette formule de paiement a continué à être utilisée pour les hôpitaux généraux en soins intensifs, mais également divers hôpitaux et services exclus de la tarification à la pathologie et en particulier dans les établissements psychiatriques, pédiatriques, de rééducation et certains hôpitaux de long séjour.

Après un an seulement de système prospectif partiel, une transition de cinq ans vers le système actuel, basé sur un système de paiement prospectif, a démarré en 1983. A la différence du système antérieur qui calculait un tarif par hôpital, sans tenir compte de la complexité des cas, le nouveau système a créé de nombreuses catégories de paiement pour chaque hôpital. Ces catégories étaient basées principalement sur le diagnostic, d'où son nom de DRG (en anglais Groupes liés au diagnostic). Bien que le terme insiste sur le diagnostic, les paiements peuvent également refléter l'existence d'un acte chirurgical, la durée du séjour, les activités d'enseignement, le type de transfert et le surcoût lié aux cas extrêmes (*ouliers*). Par conséquent le système n'est pas complètement prospectif ou seulement basé sur le diagnostic.

En dehors de la mise à jour des tarifs et les améliorations du système de classification, le système de paiement de *Medicare* est resté relativement stable entre 1988 et 1997. Les principales réformes du système de tarification à la pathologie ont été promulguées dans le cadre d'une législation plus importante en 1997 et 1999². Bien qu'elle ne soit pas encore complètement mise en place, cette loi de 1997 et ses amendements, implique un pas de plus vers le paiement prospectif. Les paiements étaient complètement mis en place, ils seraient largement prospectifs pour les hôpitaux spécialisés actuellement exemptés (psychiatriques, pédiatriques, de rééducation et long séjour) et qui étaient encore sous le système de paiement prospectif partiel de 1982. Les nouvelles formules de paiement seraient également utilisées pour les soins ambulatoires, les services infirmiers et les services de soins post-intensifs. La mise en place de l'ensemble des dispositions de la loi de 1997 s'est avérée difficile et a donc été retardée. Des améliorations complémentaires lui ont été ajoutées en 2000³.

En complément des réformes hospitalières spécifiques, d'autres changements ont également affecté la politique de tarification. Le développement des achats de soins par les compagnies d'assurance (« *Health*

1 - Aux États-Unis, les lois les plus importantes adoptent d'une manière générale un titre très « pompeux ». La loi de 1982 qui a introduit le paiement au séjour faisait partie d'un groupe de lois appelé l'acte d'équité et de responsabilité fiscales (*Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* ou TEFRA).

2 - *Balanced Budget Act* (BBA) de 1997 et le *Balanced Budget Reconciliation Act* (BBRA) de 1999.

3 - *Benefits Improvement and Portability Act* (BIPA) de 2000.

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

Maintenance Organisations » ou HMO), à la fois pour les assurés privés et pour les bénéficiaires de *Medicare*, revêtent une importance particulière. Les HMO concernent à présent 68 millions d'américains, et représentent 43 % des assurés privés et environ 14 % de l'ensemble des bénéficiaires de *Medicare*. L'organisation des HMO est très variable. Mais les HMO typiques s'engagent par contrat, de manière sélective, avec seulement quelques hôpitaux dans un secteur donné. Ils négocient des remises ou des prix spéciaux, et gèrent les soins d'une certaine façon. De nombreux HMO, mais pas tous, payent également les hôpitaux à la pathologie. La plupart des HMO sont payés sur la base d'un système de capitation. La formule de capitation du programme *Medicare* ajuste à présent le risque selon l'âge, le genre et le diagnostic pour chaque bénéficiaire.

Ce bref résumé de la législation américaine, centré sur les réformes de paiement de *Medicare*, montre bien que les réformes de la tarification hospitalière sont allées généralement dans le sens d'un bas vers un haut pouvoir incitatif, comme nous l'avons vu au début.

LA TARIFICATION À LA PATHOLOGIE AUX ÉTATS-UNIS

Le système de tarification à la pathologie adopté par le gouvernement fédéral pour le programme *Medicare* en 1983 a été développé par des chercheurs de l'Université de Yale. Il a d'abord été utilisé seulement dans un état (le New Jersey) avant sa mise en place nationale. Il est frappant de constater que la vaste majorité des plans de santé utilise ce système aujourd'hui comme premier mécanisme de paiement. Des modèles différents ont été développés pour *Medicare* (pour les personnes âgées et les handicapés), *Medicaid* (pour les démunis et les personnes à coûts médicaux élevés) et les assurés privés. D'autres systèmes de paiement hospitalier, comme la tarification à la journée sont encore utilisés, bien qu'aucun ne soit très largement répandu. Des recherches sont actuellement en cours, sous l'égide de chercheurs de la société privée 3M qui portent sur le système de nomenclature des DRG.

Le développement des formules de paiement utilisant le système de tarification à la pathologie s'est réalisé en plusieurs étapes. En premier, on a tiré un échantillon de sorties d'hospitalisations dans les structures éligibles. Comme indiqué précédemment, les admissions dans certaines structures spécialisées sont exclues et payées séparément. Les hospitalisations sont alors regroupées dans un vaste ensemble de systèmes qui utilisent seulement le diagnostic principal des patients hospitalisés. Les exemples intègrent les trou-

bles neurologiques, les maladies cardiaques et de la peau et des tissus conjonctifs. Les admissions, dans chacun de ces divers systèmes, sont ensuite différenciées en utilisant un algorithme qui utilise le diagnostic principal, les diagnostics secondaires, les actes chirurgicaux, l'âge et le genre. Chaque hospitalisation est assignée à un DRG et un seul. Ainsi, en 2001, 499 DRG ont été utilisés pour calculer les paiements dans le cadre du programme *Medicare* américain.

Les paiements pour chaque DRG sont calculés en faisant le produit du poids du coût relatif du DRG et d'un coût moyen en dollars spécifique pour chaque hôpital. Les poids relatifs des DRG sont basés sur des coûts moyens historiques pour chaque DRG. Ceux-ci sont obtenus en prenant le total des charges couvertes de l'ensemble des sorties relatives à ce DRG. Ils sont en suite ajustés pour refléter les coûts réels. Le premier et le dernier centile de coût ont été exclus, afin d'éliminer l'impact des coûts extrêmes, très élevés ou très faibles. Certains d'entre eux reflètent davantage des problèmes de données, plutôt que des modèles de coûts réels. Comme certains DRG sont très rares, et que par conséquent la moyenne des coûts ne peut pas être estimée de façon fiable dans certains cas, on estime conjointement le coût moyen d'un groupe de DRG, et le coût relatif des différents niveaux de gravité a été calculé à partir de sources externes (comme des échantillons surpondérés d'admissions pédiatriques). Le coût moyen par DRG a été converti en poids relatif en divisant le coût moyen spécifique du DRG par le paiement national moyen pour l'ensemble des DRG.

Dans *Medicare*, les paiements aux hôpitaux utilisant les poids relatifs des DRG sont combinés avec les coûts moyens hospitaliers et affinés de différentes manières. Les poids calculés pour le DRG de chaque patient sont multipliés par un facteur d'ajustement géographique qui n'est plus basé sur le seul coût historique de l'hôpital. Des ajustements différents sont réalisés afin de refléter les charges de fonctionnement et d'investissement. Les pondérations des DRG ont été progressivement modifiées dans le temps.

L'IMPACT DES DRG AUX ÉTATS-UNIS

Depuis son introduction aux États-Unis en 1983, les économistes n'ont pas cessé de faire des prévisions et d'analyser l'impact de la tarification à la pathologie. Plus précisément, il anticipe qu'elle pourrait réduire le nombre moyen de jours de soins, souvent appelée la durée moyenne de séjour. Cette réduction a réellement eu lieu, bien qu'il soit impossible de séparer de façon convaincante l'impact sur la durée de séjour de la tarification à la pathologie, de celui des ten-

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS : généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles.

dances générales et de celui des changements technologiques. Il y a eu également une diminution de court terme dans le nombre des admissions, cohérente avec l'hypothèse que la tarification à la pathologie encourage l'extension des soins ambulatoires externes.

Bien que de nombreuses études aient examiné le problème, il existe peu de preuves d'un impact négatif important de la tarification à la pathologie sur la qualité des soins. Il existe vraisemblablement de nombreux problèmes liés à la qualité des soins dans les hôpitaux américains. Mais ils ne sont pas généralement attribués à la tarification à la pathologie. Il est probable que le système de paiement basé sur les DRG a accéléré le basculement des soins hospitaliers traditionnels vers les soins externes qui sont généralement plus économiques. Les paiements moyens par hôpital des basés sur les DRG tendront à augmenter dans la mesure où les cas les moins sérieux sont traités en soins externes, pendant que davantage de cas graves sont toujours traités à l'hôpital.

La tarification à la pathologie crée des distorsions entre les services inclus ou exclus du calcul du paiement prospectif (graphique 1). Par exemple, comme les soins aux patients hospitalisés sont payés de manière prospective, alors que les soins externes ambulatoires ne le sont toujours pas, la tarification à la pathologie encourage les hôpitaux à admettre des personnes plutôt bien portantes, et à refuser l'admission de personnes qui *a priori* coûteraient cher ou séjourneraient longtemps. De même, la tarification à la pathologie encourage les hôpitaux à rechercher des médecins qui fourniraient des soins médicaux plus étendus et chers, si cela réduit les charges hôtelières qui

doivent être couvertes par la formule de capitation.

Les graphiques 2 et 3 présentent le total des paiements Medicare en 1980 et 1996, et illustrent la façon dont les paiements aux hôpitaux ont diminué nettement dans le total des dépenses Medicare. Alors que les dépenses pour hospitalisation représentaient 68 % du total des dépenses Medicare en 1980, cette part a chuté à 50 % seulement en 1996. Le même schéma met en relief la croissance rapide des dépenses des soins à domicile et des résidences médicalisées pour lesquels il est difficile de concevoir des systèmes de paiement à fort pouvoir incitatif. Comme ils ont vu les admissions en hospitalisation et les durées de séjour diminuer, les hôpitaux ont davantage utilisé leurs services de soins externes dont les dépenses ont aussi significativement augmenté.

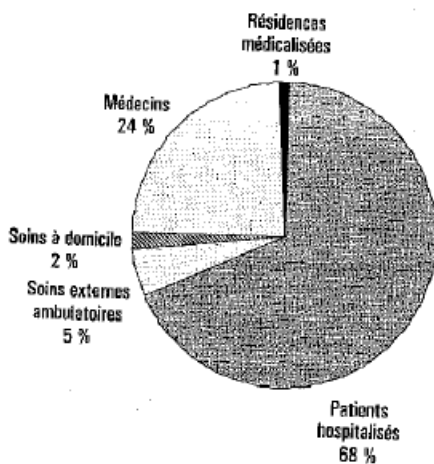
L'une des caractéristiques importantes de la tarification à la pathologie est que les hôpitaux spécialisés en sont exclus : ces exclusions représentent 9 % du total des paiements hospitaliers en 1997 (graphique 4).

Les hôpitaux spécialisés présentent un défi important pour le système de paiement prospectif, car leurs modèles de coûts ont tendance à être systématiquement différents des normes d'autres structures. La législation adoptée en 1997 demande que l'ensemble des structures d'hospitalisation spécialisées (pédiatriques, soins en longs séjours, aux grands brûlés et centres de réadaptation) évoluent vers le paiement prospectif. Néanmoins, une étude doit être menée pour savoir si ces structures peuvent s'y conformer.

En plus des paiements pour les admissions hors système de tarification à la pathologie, le programme Medicare fait de nombreux ajustements aux paiements

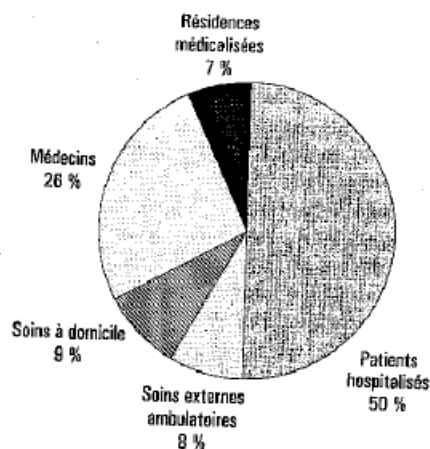
GRAPHIQUE 2 ●

dépenses Medicare par type de service - 1980



GRAPHIQUE 3 ●

dépenses Medicare par type de service - 1996



LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

versés aux hôpitaux. Nombre d'entre eux introduisent des facteurs rétrospectifs.

La formule de paiement des séjours extrêmes était destinée au départ à payer 5 % de l'ensemble des coûts de l'hôpital, mais généralement elle représente un pourcentage bien moins élevé, que l'on situe en dessous de 2 %. Les hôpitaux qui transfèrent des patients à d'autres structures ne reçoivent pas intégralement le paiement prévu pour la pathologie concernée pour les séjours courts, mais ils peuvent garder à la place seulement une fraction du paiement des premières journées de soins. Des ajustements complémentaires substantiels ont également été réalisés pour les hôpitaux universitaires et les dépenses d'investissements.

Les hôpitaux accueillant plus de démunis et de handicapés que les autres reçoivent également un paiement supplémentaire. Les paiements prospectifs à la pathologie représentent seulement 66 % du total des paiements à l'hôpital en 1997, le reste reflétant l'ensemble de ces facteurs complémentaires.

**QUELQUES COMMENTAIRES EN GUISE
DE RÉSUMÉ SUR L'IMPLANTATION
DE LA TARIFICATION À LA PATHOLOGIE
AUX ÉTATS-UNIS**

La tarification à la pathologie est maintenant largement acceptée aux États-Unis. Bien qu'ils fassent encore l'objet de critiques et de problèmes, les DRG ne sont plus perçus avec autant d'inquiétude que dans les premières années. Il y a eu de petits changements dans le système, mais la base du système DRG reste principalement la même depuis 1983. Divers ajustements

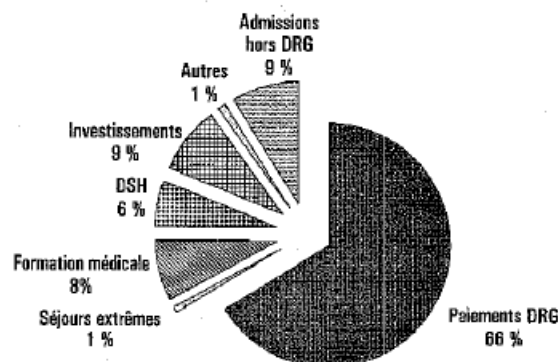
ont été réalisés au fil des ans afin d'améliorer les incitations et l'équité. Ces ajustements concernent les dépenses d'investissement, la formule de paiement des séjours extrêmes, le paiement des coûts d'enseignement. Mais ces changements ont eu généralement un faible impact sur l'ensemble des incitations du système. Les tendances récentes vont dans le sens d'une augmentation plutôt que d'une réduction des incitations destinées à contenir les coûts.

LA POLITIQUE ACTUELLE

Cette partie débat de quelques problèmes de politique actuelle sur le paiement prospectif aux États-Unis⁴. Comme indiqué dans l'introduction, il existe deux formes principales de paiement prospectif, actuellement pratiquées dans le programme *Medicare*. La première est le système de paiement prospectif hospitalier utilisant les DRG et présenté ci-dessus. La seconde est le système de capitation, dans lequel les plans de santé concurrents sont payés pour un montant fixe annuel par bénéficiaire. Dans le premier, les paiements sont réalisés par séjour hospitalier, tandis que dans le second les paiements sont versés pour une période annuelle.

En général, les plans de santé et les prestataires ont été relativement satisfaits des paiements prospectifs basés sur les DRG. Les coûts d'hospitalisation ont augmenté dans une moindre proportion que les autres coûts de santé, ce qui reflète un basculement aux États-Unis de la chirurgie vers les soins externes et les traitements médicamenteux. Les tendances actuelles visent à regrouper davantage de services dans une même unité de paiement.

GRAPHIQUE 4 ●
paiements à l'hôpital pour hospitalisations *Medicare*, FY 1997



4 - Pour d'utiles discussions autour des problèmes de politique actuelle, voir les rapports du MEDPAC pour 2000 et les années précédentes.

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

Les DRG sont fermement ancrés dans les systèmes de paiement, pas seulement dans le programme *Medicare*, mais aussi dans ceux des assurances privées et dans le cadre de *Medicaid*. De plus, les DRG sont largement utilisés dans plusieurs systèmes de gestion hospitalière afin de faire des contrôles de cas pour le suivi et la qualité. Les DRG sont utilisés par de nombreux plans et en interne par des réseaux de prestataires, même si d'autres formules de paiement sont utilisées, comme le prix de journée ou le paiement à l'acte.

**CRITIQUES DU SYSTÈME AMÉRICAIN
DE TARIFICATION À LA PATHOLOGIE**

Les associations d'hôpitaux protestent surtout parce qu'ils considèrent que les paiements basés sur les DRG sont trop bas. Bien que cela soit sans doute exact, cette remarque pourrait être faite à l'égard de tous les systèmes de paiement. Il ne s'agit donc pas d'un problème propre aux DRG. Un des problèmes de la tarification à la pathologie concerne la formule de paiement et requiert un calcul anticipé. Il est possible en effet que la hausse réelle du coût soit supérieure ou inférieure à ce qui avait été prévu. Les HCFA ont généralement essayé de prendre en compte toutes les erreurs de prévision, ce qui a eu tendance à lier très fortement dans le temps les hausses de paiements hospitaliers aux augmentations des coûts.

Une seconde critique, formulée en particulier dans les années 80, est que les DRG peuvent décourager la qualité ou trop fortement inciter les prestataires à réduire les coûts. On trouve quelques rares preuves de ce phénomène, mais une revue des textes empiriques sur cette question dépasse les ambitions de ce résumé. Le MEDPAC 2000 trouve qu'il n'existe pas d'études convaincantes qui démontrent une limitation excessive de la qualité ou des coûts. Il propose de s'engager dans une plus grande utilisation du paiement prospectif.

L'un des paris des DRG est d'intégrer les nouvelles technologies. Par exemple, la chirurgie de la cataracte nécessitait autrefois une anesthésie générale et par conséquent, un séjour prolongé à l'hôpital. Avec la chirurgie avancée au laser, on peut obtenir la même efficacité, ou même mieux, en un jour ou en chirurgie ambulatoire. Il fut un temps, dans les années 80, où les hôpitaux se faisaient concurrence, au point de faire de la publicité dans la presse nationale, pour attirer les malades atteints de cataracte. Le paiement DRG, alors basé sur les coûts de l'ancienne technologie, était en effet extrêmement généreux par rapport aux nouvelles pratiques. Il a fallu plusieurs années avant que

les paiements puissent être réduits, afin de refléter le changement de pratiques. Des modèles similaires ont émergé avec d'autres nouvelles technologies, certaines d'entre elles ayant des coûts supérieurs plutôt qu'inférieurs aux anciennes. On peut aisément observer que les paiements fixes à la pathologie vont tendre à accélérer l'utilisation de technologies économiques et différer l'adoption de technologies plus coûteuses par rapport à un système de paiement qui rembourse uniquement les coûts ou utilise des tarifs de manière concurrentielle.

Les nouvelles technologies peuvent être intégrées à la tarification à la pathologie de multiples façons. Le mécanisme le plus complet est d'assigner les diagnostics et des procédures affectées par les nouvelles technologies à de nouveaux DRG et de diviser les paiements pour refléter les coûts et les différences de pratiques par rapport aux anciennes technologies. Dans certains cas, il peut être opportun de simplement recalibrer les poids des DRG afin qu'ils reflètent les nouveaux modèles de coûts. Cependant, cela implique l'attente d'une expérience suffisante en matière de coûts et que les données nécessaires pour ce recalibrage soit rassemblées, ce qui peut nécessiter plusieurs années. En général, le changement technologique peut également se refléter dans les mises à jour annuelles des facteurs de paiement moyens.

La tarification à la pathologie a toujours compté sur les fonds complémentaires qui sont utilisés pour indemniser les hôpitaux pour les séjours extrêmes très onéreux. Bien qu'à l'origine on ait eu l'intention de payer ainsi 5 % de l'ensemble des coûts, les montants initiaux payés de cette manière en ont représenté moins de 2 %. Les changements dans les calculs des séjours extrêmes sont devenus plus généreux dans les dernières années : à présent les séjours à coûts ou durée élevés peuvent faire l'objet d'un remboursement de 75 % des coûts, au-dessus d'un certain seuil⁵. Cette expérience américaine montre qu'il est important de calibrer correctement l'ampleur de ces paiements.

La plus grande critique à l'égard de la tarification à la pathologie, c'est peut-être qu'elle crée des distorsions. Par exemple, après la sortie de l'hôpital, les patients ont souvent besoin de soins post-intensifs comme des soins de santé à domicile, des maisons de repos ou des résidences médicalisées. Les paiements à l'hôpital n'incluant pas ce type de services, on encourage les réseaux de prestataires pour qu'ils orientent les patients vers ces services. Néanmoins, on ne les incite pas à en gérer les coûts ou l'utilisation. Certains pourraient soutenir qu'en regroupant ces servi-

5 - Les détails techniques du système de recouvrement DRG sont très complexes. Pour une discussion précoce sur la raison pour laquelle ses motivations ne sont pas l'idéal, voir Ellis et Mc Guire, 1988.

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

ces avec le séjour à l'hôpital, ces incitations seraient renforcées. De même, certains services médicaux, comme la radiologie, l'anesthésie et la pathologie existent uniquement à l'hôpital ; il serait naturel de les associer au paiement à la pathologie en vue de créer de meilleures incitations à ne pas les utiliser de façon excessive.

La législation de 1997 et ses amendements ultérieurs ont proposé de payer de façon prospective les services infirmiers. Les soins externes peuvent également être associés et payés de façon prospective en utilisant une formule basée sur une nouvelle classification de paiement ambulatoire (APC) pour les services de soins externes. Cela représente beaucoup de changements à réaliser en très peu de temps, mais il faut noter le dynamisme remarquable du programme *Medicare* qui tente de regrouper ces différents services.

ALTERNATIVES À UN PAIEMENT PLEINEMENT PROSPECTIF

Bien qu'il y ait eu de nombreux amendements, comme nous l'avons indiqué plus haut, le système de paiements à la pathologie est, dans un premier temps, complètement prospectif. Laffont et Tirole (1993) ainsi que d'autres ont démontré qu'en général ce système pur ne réalise pas l'optimum de premier rang, ni même de second rang. Un système de paiement complètement prospectif, qui ramènerait le paiement marginal à zéro, paye en dessous des coûts marginaux et n'incite pas en général à optimiser l'effort. Cela encourage également une forte sélection des activités. En effet, au sein d'un DRG il reste inévitablement encore de l'hétérogénéité ; en conséquence, les patients les moins coûteux sont rentables alors que les patients les plus coûteux ne le sont pas. Un système de paiement complètement prospectif peut également être injuste pour les prestataires qui traitent un groupe de patients non aléatoire. Le système DRG tente de tenir compte de la gravité des cas et de l'hétérogénéité des patients, mais aucun système de paiement ne peut être parfait.

De nombreux chercheurs ont recommandé d'assouplir les incitations du système prospectif pur, par exemple en encourageant les paiements prospectifs partiels. Une approche, évoquée plus haut car elle fait partie des réformes de 1982, consiste à payer à l'hôpital une combinaison entre ses coûts historiques et le coût historique de structures comparables. Cette approche se base sur les idées de Schleifer (1985) et sa « *yardstick competition* ». Une seconde approche est le système de paiement mixte de Ellis et Mc Guire (1986), dans lequel les prestataires sont payés pour une partie de leurs propres coûts et le reste du paiement est un montant déterminé de manière prospective. Ce mélange

entre les coûts propres et les coûts d'un groupe de référence constitue une approche simple et intéressante, si le but est de fixer des prix aux coûts marginaux. Dans de nombreux cas il semble difficile de définir les coûts marginaux des soins, et ce système approxime le véritable coût marginal. Sous certaines conditions restrictives que d'autres ont explorées, un système de paiement mixte peut même réaliser un optimum.

Pour en donner une illustration, on peut considérer un système de paiement qui paye les soins hospitaliers en versant 50 % sur la base des coûts de l'année en cours et 50 % sur la base des DRG. Ce système mixte remplit quatre objectifs : premièrement il rapproche le paiement marginal du coût marginal, deuxièmement il améliore l'équité des paiements entre les prestataires, troisièmement il diminue les incitations à sélectionner uniquement des bien-portants. Enfin, quatrièmement, il est relativement simple à expliquer. Le principal désavantage du système est qu'il est plus complexe que le seul remboursement basé sur le coût ou la seule tarification à la pathologie et que le taux de 50 % est arbitraire, puisque les coûts marginaux ne constituent pas une part fixe du total des coûts.

CAPITATION

Comme indiqué plus haut, il existe une tendance importante aux États-Unis à préférer la capitation à la tarification à la pathologie. Pour une synthèse récente sur l'utilisation de la capitation dans le monde, on peut se référer à Van de Ven et Ellis, 2000. Les paiements par capitation sont des paiements fixes, pour un an ou un mois, qui utilisent seulement l'information disponible du payeur (ou des sponsors, s'ils assument un rôle dans le partage du risque entre les bénéficiaires du plan).

Le grand avantage de la capitation comme système de paiement est qu'elle encourage une structure à gérer tous les types de soins, sans rémunérer un type particulier de service, comme les hôpitaux ou les médecins. Avec la capitation, la limitation efficace des coûts requiert une coordination des prestataires, donc on encourage les hôpitaux à coordonner et planifier les soins de suite, pour qu'ils n'affectent pas la rentabilité globale du service qu'ils fournissent. La capitation peut être utile pour réduire les coûts et encourager la compétition pour la qualité, en même temps qu'elle maîtrise l'incitation à la sélection.

La capitation entraîne le besoin d'un ajustement du risque. Puisque les plans reçoivent un paiement fixe pour l'ensemble des patients se trouvant dans une catégorie de paiement donnée, les prestataires et les gestionnaires des plans seront encouragés à éviter d'inscrire les personnes qui coûteraient plus cher que leur dotation. Ceci peut-être fait par l'écrémage, la parci-

LES SYSTÈMES DE TARIFICATION DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
généralités et débat sur les problèmes des politiques actuelles

monie ou le *dumping* comme nous l'avons vu précédemment. Keenan et al. (2001) ont récemment quantifié la fréquence de l'ajustement du risque aux États-Unis. Ils trouvent qu'il est habituel chez les payeurs publics aux États-Unis, comme *Medicare* ou *Medicaid*, mais qu'il est encore relativement rare parmi les assureurs privés.

MODÈLES D'AJUSTEMENT DU RISQUE

Des informations très variées sont utilisées pour l'ajustement du risque. Elles sont présentées dans le tableau 1, et sont débattues plus en détail dans Van de Ven et Ellis, 2000. Beaucoup a été écrit sur le pouvoir de prédiction des différents modèles d'ajustement du risque, et un nombre croissant de publications examine les effets incitatifs de ces différents modèles. La plupart de ces ouvrages sont centrés sur les modèles prospectifs, c'est-à-dire des modèles qui utilisent des informations sur une période de base pour projeter les futurs coûts. Il me paraît excessif de vouloir essayer de résumer l'ensemble de ces textes ici. Au lieu de cela, je vais en souligner les questions essentielles.

L'information qui peut être utilisée pour l'ajustement du risque varie énormément dans sa capacité à bien prévoir les coûts futurs. Les variables démographiques comme l'âge et le sexe expliquent seulement 1 à 3 % de la variance du total des dépenses de santé et peuvent permettre d'identifier approximativement une différence de 1 à 10 entre les coûts les plus élevés et les plus bas. Les facteurs géographiques justifient moins de 1 % des variations du niveau des coûts individuels dans les échantillons *Medicare*, et peuvent permettre de distinguer approximativement une différence du simple au double dans les coûts prévus aux États-Unis. Bien que les facteurs géographiques et démographiques soient importants à prendre en

compte, ils ne permettent pas de contrôler suffisamment les différences de coûts pour éviter trop d'incitation à la sélection.

Le programme *Medicare*, et la plupart des payeurs privés qui ont mis en place l'ajustement du risque, ont décidé d'utiliser l'information du diagnostic pour compléter les variables démographiques. Les modèles d'ajustement du risque basés sur le diagnostic peuvent distinguer une différence de 1 à 100 dans les coûts attendus, et expliquer de l'ordre de 10 à 15 % de la variance totale (c'est-à-dire que le R^2 conventionnel est compris entre 0,10 et 0,15)⁶. Bien qu'elles soient loin d'expliquer l'ensemble de la variance, les recherches menées par Newhouse et al. (1989) ainsi que d'autres suggèrent que 20 à 25 % de la variation des coûts de santé sont potentiellement explicables par l'information de l'année précédente.

On utilise communément trois modèles principaux pour ajuster le risque sur la base des diagnostics aux États-Unis : les groupes cliniques ajustés (ACG) développés à l'université John Hopkins par Jonathan Weiner, Barbara Starfield et al. (1996), les groupes de coûts de diagnostics (DCG) développés à l'université de Boston par Arlene Ash, Randall Ellis, Gregory Pope et al. (2000) et le système de paiement pour les déficiences chroniques (CPDS) développé à l'université de San Diego par Richard Kronick et Anthony Dreyfus (1996). Le tableau 2 illustre la variété de système dans lesquels sont utilisés les modèles d'ajustement du risque.

Bien que le premier usage de ces modèles ait été généralement d'ajuster les paiements aux plans de santé et aux prestataires, la même information a de nombreux autres objectifs. Par exemple, la même nomenclature de diagnostic peut être utilisée pour l'évaluation du risque, pour le contrôle qualité, en identifiant les coûts individuels élevés, pour caractériser le pro-

TABLEAU 1 ●

information utilisable pour l'ajustement du risque

- données démographiques - âge, sexe, en activité / à la retraite
- dépenses de l'année antérieure
- ajustement du risque basé sur le diagnostic
- information santé auto-évaluée
- information qui découle de la prescription médicamenteuse
- mortalité
- modèles qui utilisent d'autres informations
- statut des handicapés
- géographie

TABLEAU 2 ●

information utilisable pour l'ajustement du risque avant 2000

CADRE	PARAMÈTRES D'AJUSTEMENT DU RISQUE
<i>Medicare</i> , avant 2000	Âge, genre, région, handicap, <i>Medicaid</i> , résidence médicalisée
<i>Medicare</i> après 2000	Âge, genre, région, DCG, <i>Medicaid</i>
Minnesota	Âge, genre, ACG
État de Washington	Âge, genre, DCG
Missouri	Âge, genre, DCG
Massachusetts	Âge, sexe, DCG
<i>Medicaid</i>	Divers, y compris l'âge, le genre, ACG, CPDS

6 - L'information sur le diagnostic peut distinguer des différences de 1 à 10 000 sur les coûts prévus et parvenir à un R^2 de 0,45, si le diagnostic est utilisé pour prévoir les différentes dépenses d'une même année. Ce cadre est utile pour faire une typologie et peut également être utilisé pour l'ajustement du risque. Cependant il ne s'agit pas d'un système de paiement prospectif.

PROSPECTIVEMENT L'ARRIVÉE DES HÔPITAUX AUX ÉTATS-UNIS
 généralistes et néral sur les problèmes des politiques actuelles

fil des prestataires, ou calculer les conséquences de la réassurance.

Les mécanismes de paiement prospectif comme la tarification à la pathologie et la capitation, ajustés du risque, semblent destinés à rester une part importante du système général de paiement des prestataires. Comme les systèmes d'information se sont améliorés, les charges qui pèsent sur les prestataires pour fournir cette information ont été réduites. De plus en plus de payeurs, de plans

de santé et même de consommateurs recherchent la responsabilité dans les soins de santé pour lesquels ils payent et l'information qui est utilisée pour les paiements prospectifs est également utile pour contrôler la qualité et l'accès. On a vu que l'information disponible augmente une fois qu'elle sert de base aux paiements et qu'elle est contrôlée. C'est seulement un avantage supplémentaire à fonder les paiements des prestataires sur les diagnostics et l'information sur l'état de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ash, A.S., R.P. Ellis, G.C. Pope et al. « Utilisation des diagnostics pour décrire les populations et prévoir les coûts », dans *Health Care Financing Review*, 21(3), 7-28, printemps 2000.
- Ellis, R.P., « Ecrémage, économies de moyens et décharge : la compétition des prestataires sous tous ses aspects », *Journal of Health Economics* 17, 537-555, 1998.
- Ellis, R.P. et T.G. McGuire, « Comportement des prestataires sous le remboursement prospectif : partage des coûts et prestations de services », *Journal of Health Economics* 5, 128-151, 1986.
- Ellis, R.P. et T.G. McGuire, « Principes des assurances et conception de systèmes de paiements prospectifs », *Journal of Health Economics* 7, 215-237, 1988.
- Ellis, Randall P. et Thomas G. McGuire, « Partage des coûts et prestations de service, vu par les prestataires et par les demandeurs », *Health Care, Journal of Economic Perspectives*, 7(4), 135-151, Fall, 1993.
- Health Care Financing Administration (HCFA), (L'administration du financement des soins de santé), *Medicare Chart Book*, Baltimore MD, 1986.
- Keenan, P., Beowkes-Buntin, M.T. G. McGloze et J. Newhouse, 2001, « La fréquence de l'ajustement du risque », enquête, 2001.
- Kronick, R.T., Dreyfus, L. Lee et Z. Zhou, « Ajustement du risque du diagnostic pour Medicaid : Le système de paiement pour le handicap », *Health Care Financing Review*, 17 : 7-34, 1996.
- Laffont, J.J. et J. Tirole, « Une théorie des motivations dans l'obtention et la réglementation. » MIT Press, 1993.
- Mc Clellan, M. « Les motivations des remboursements de l'hôpital », *Journal of Economics and Management Science*, 6 (1) 91-128, 1997.
- « La Commission consultative de paiement Medicare (MEDPAC), Rapport du Congrès : La politique de paiement Medicare », disponible sur <http://www.pprc.gov>., Mars 2001.
- Newhouse, J.P. W.G. Manning, E.B. Keeler et E.M. Sloss, « Ajuster les tarifs des dotations en utilisant des mesures de santé objectives et l'utilisation antérieure », *Health Care Financing Review*, 10-3, pp. 41-54, 1986.
- Scheifer, A. « Une théorie de mesure de la compétition » *Rand Journal of Economics*, 16(7) 319-327, Automne 1985.
- Weiner, J.P.B. Starfield, D. Steinwachs, L. Mumford, « Le développement et l'application de mesures orientées vers la population, dans les cas mixtes de soins ambulatoires », *Medical Care*, 29 : 452-472, 1991.
- Van de Ven, W.P.M.M. et R.P. Ellis, « L'ajustement du risque dans les projets de marchés de santé compétitifs » Chapitre 14, in A.J. Cuyler et J.P. Newhouse, (ed.) *Handbook in Health Economics*, North Holland, pp. 755-845, 2000.