

Quel avenir pour l'application de la tarification incitative à l'offre de soins ?

Synthèse de conférence

Petit-déjeuner de la Chaire Gouvernance et Régulation
Université Paris-Dauphine, 27 Février 2020



Dauphine | PSL 
CHAIRE GOUVERNANCE
ET RÉGULATION

Karim Hatem
Senior Partner, Ylios

Matthew Bell
Directeur, Frontier Economics

Pierre Maitrot
Directeur des affaires publiques, ELSAN

François Crémieux
(absent, début de la crise sanitaire liée au Covid 19)
Directeur général adjoint, AP-HP

Synthèse n°53
Petit-déjeuner du 27 février 2020
Chaire Gouvernance et Régulation
Imprimé en France
Université Paris Dauphine-PSL
Mai 2020

Quel avenir pour l'application de la tarification incitative à l'offre de soins ?

La tarification incitative vise à responsabiliser les opérateurs en fixant des objectifs spécifiques d'innovation, de qualité, de coût, etc. Dans le domaine de la santé, la tarification à l'activité (T2A) rémunère les opérateurs sur la base de tarifs nationaux issus d'une échelle nationale des coûts. Bien qu'elle ait contribué à l'amélioration de l'efficacité du système dans un premier temps, elle semble avoir atteint ses limites et de nombreux travers lui sont aujourd'hui reprochés, parmi lesquels une logique productiviste ou un frein à l'évolution des pratiques. Quelle alternative envisager pour faire évoluer ce modèle de financement de la santé ?

Table des matières

Introduction.....	7
Interventions.....	8
L'exemple britannique.....	8
La vision d'un opérateur privé.....	10
La vision d'un opérateur public.....	12
Echanges avec la salle.....	14

Introduction

Karim Hatem

Senior Partner, Ylios

7

La question de l'évolution de la tarification incitative appliquée à l'offre de soins est résolument d'actualité. Dès 2016, le rapport Véran soulignait les apports indéniables de la T2A tout en pointant ses limites : logique productiviste, centrage des opérateurs de soins chacun sur sa production, difficulté à suivre une approche plus globale et optimisée du parcours de soins. Était ainsi soulignée la nécessité, non pas de la supprimer, mais de la compléter. Dans cette perspective, la récente mission Aubert a produit un certain nombre d'orientations qui devraient progressivement être mises en place. En particulier, son article 51 propose une démarche expérimentale devant permettre aux acteurs du système de santé de faire des propositions d'évolution dérogatoire des modes de financement. Ainsi, le financement devrait progressivement s'étendre à :

- la qualité de la prise en charge des patients
- la qualité de la prise en charge des patients,
- la pertinence des actes,
- la nature des actes pris en compte dans l'assiette de rémunération des acteurs, intégrant plusieurs séquences et plusieurs intervenants,
- les financements populationnels.

Par ailleurs, au-delà des réflexions sur la problématique de régulation économique-technique, une action concertée a été menée par l'ensemble des acteurs de la production de soin des établissements de santé de tout statut, pour tenter d'accroître la visibilité des engagements pluriannuels de l'État et du ministère de la santé, notamment sur les tarifs. Enfin, les différents mouvements sociaux liés à la gestion des urgences et à l'hôpital public ont mis en lumière le fort besoin de sens des acteurs du système.

Interventions

L'exemple britannique

Matthew Bell

Directeur, Frontier Economics

S'il en est rarement fait état, ce sont les incitations vis-à-vis des citoyens, des professionnels de santé et des gestionnaires des hôpitaux qui seront déterminantes pour l'évolution des systèmes de santé. Et cela, à travers toutes leurs dimensions : structure des rémunérations des professionnels, organisation des opérateurs de soins, paiement des assurances, relations entre assureurs, État et prestataires de santé. Trop souvent oubliée, la tarification est, elle aussi, une composante très importante du système de santé, notamment dans les réflexions et travaux visant à contrôler la croissance de la part du budget de la santé dans le PIB.

Tous les dispositifs de tarification sont, d'une manière ou d'une autre, des mécanismes d'incitation. Conscients de cette réalité, différents secteurs économiques comme ceux de l'eau ou de l'énergie ont développé des systèmes de tarification très subtils. Qu'en est-il dans le secteur de la santé ?

En Angleterre, le système de santé – dont je suis le premier à reconnaître qu'il n'est pas le meilleur – a expérimenté avec succès la différenciation de certaines tarifications. Les très nombreux tarifs reposent sur deux composantes : une composante de coûts et une composante d'ajustement ; celle-ci est liée à la fois aux conditions locales (les tarifs varient ainsi de 17 % sur l'ensemble du territoire) et au niveau estimé d'efficacité. Si ces tarifs fondés sur l'activité constituent une première incitation à minimiser les coûts de chaque consultation, d'autres mécanismes incitatifs existent dans la rémunération des prestataires de soins. Il peut notamment s'agir d'expérimentations renvoyant à des objectifs de qualité et d'innovation dans des domaines très spécifiques, comme la santé mentale ou le triage des urgences. Les opérateurs qui les atteignent

voient leurs revenus augmenter. Par ailleurs, près de vingt tarifs spécifiques différenciés existent pour encourager l'adoption de meilleures pratiques ou de pratiques innovantes, notamment dans le traitement des AVC, la prévention de la fracture de la hanche ou le traitement du diabète.

Deux grandes leçons peuvent d'ores et déjà être tirées de ces expérimentations. D'une part, il importe que les incitations soient stables durant plusieurs années, car l'évolution des pratiques et des services est lente et requiert d'importants investissements. En l'occurrence, les tarifs incitatifs ne changent le comportement des prestataires que sur le long terme. D'autre part, il est indispensable que les tarifs influent suffisamment sur les revenus des opérateurs pour qu'ils les prennent véritablement en considération. Dans cette optique, il apparaît nécessaire de développer un système d'information complet sur les opérateurs, les coûts et la qualité des services, afin de pérenniser les innovations efficaces sur le long terme.

Aujourd'hui, le système anglais s'apprête à connaître des changements plus marqués encore qu'il y a dix ans. En effet, le rôle des tarifs sera significativement réduit, pour laisser la place à des paiements globaux en fonction de la population traitée. Qui plus est, la part de la tarification à l'activité représentera moins de 50 % des revenus des opérateurs de soins secondaires, contre 70 % jusqu'ici, au profit de la prévention. Il est trop tôt pour savoir comment réagiront les prestataires, mais une chose est sûre : ces changements seront suffisamment significatifs pour que des adaptations comportementales et organisationnelles aient lieu.

En somme, tous les systèmes de tarification impliquent des incitations. L'Angleterre l'a expérimenté avec des incitations à la fois très spécifiques et plus globales. Il en ressort non seulement qu'il est indispensable de conduire une analyse en amont, pendant et après, car c'est en faisant qu'on apprend, mais aussi que ce type de démarche requiert de la constance, car les incitations doivent être suffisamment fortes et durables pour entraîner des changements. Certes, cela s'avère plus compliqué quand il est question de santé publique que dans d'autres secteurs à régulation incitative. Mais en tout état de cause, les demi-mesures ne sauraient suffire.

La vision d'un opérateur privé

Pierre Maitrot

Directeur des affaires publiques, ELSAN

Les opérateurs privés hospitaliers sont financés très majoritairement par les ressources d'activité de la T2A ; ils dépendent donc étroitement des évolutions annuelles des tarifs réglementés pour le pilotage de leurs décisions économiques d'acteurs de santé sur le marché des soins hospitaliers. Pour un opérateur comme ELSAN, leader de l'hospitalisation privée en France – qui représente 120 établissements de santé, prenant en charge 2 millions de patients chaque année pour un volume d'activité de plus de 2 milliards d'euros de chiffre d'affaires et employant 25.000 salariés et 6.500 médecins libéraux – 90% des revenus sont liés à la T2A. Un opérateur économique comme ELSAN n'a donc pas de marge pour fixer le niveau de prix de 90% de sa structure de revenus. En l'occurrence, alors qu'ils constituent un secteur d'infrastructure réalisant près de 5 milliards d'euros de dépenses par an, les hôpitaux publics et privés évoluent dans un univers de prix réglementés et fixés annuellement : l'évolution des 2 800 tarifs des actes hospitaliers que l'assurance maladie rembourse aux établissements de santé sont connus le 1er mars de chaque année, c'est-à-dire après la fixation des budgets. Dans ce contexte, il leur est très difficile de se projeter et de piloter les décisions d'investissement et de négociation salariale, dans un secteur où près de 50% des charges sont des charges de personnel. Qui plus est, la fixation des évolutions tarifaires n'est pas transparente, puisque les opérateurs ne connaissent pas les éléments sous-jacents de leur construction. Les tarifs sont normalement assis sur une évaluation des coûts de production de l'offre de soins (dite « étude nationale de coûts »), mais la réactualisation régulière de cette nomenclature n'est pas partagée avec les acteurs hospitaliers, sans compter que les coûts de production des actes sont très variables d'un opérateur à l'autre. Il y a donc des écarts entre coûts et tarifs, ce qui remet en cause la logique médico-économique au fondement de la T2A. Du reste, les enjeux de transparence et de visibilité de la fixation de la tarification sont essentiels pour l'ensemble des opérateurs, privés comme publics.

Par ailleurs, jusqu'en 2018, les tarifs de la T2A ont été fixés chaque année à la baisse. Pour rappel, l'ONDAM, l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, est une enveloppe budgétaire fermée, fixée annuellement par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Celle-ci représente 200 milliards d'euros, dont 94 Md€ pour la ville et 84 Md€ pour les établissements de santé. Dans une logique de régulation prix/volume, les tarifs hospitaliers peuvent constituer une variable d'ajustement simple pour le respect de l'ONDAM. En l'occurrence, depuis 10 ans, ils sont fixés à la baisse. Mais l'inflation hospitalière (charges salariales, achats médicaux, etc.), elle, progresse de 2 % par an. Résoudre cette équation économique dans la durée est pour le moins complexe, surtout dans un environnement de ralentissement tendanciel de l'activité hospitalière ! Les volumes d'hospitalisation ne progressent plus en effet que de l'ordre de 1% par an en tendance, sous les effets des évolutions des modes de prise en charge, du développement de l'ambulatoire, de l'amélioration de la prévention et des évolutions démographiques.

Progressivement, dans l'univers fermé de la régulation budgétaire, une logique inflationniste et productiviste a ainsi pu détourner la logique médico-économique d'incitation de la T2A.

Ainsi, depuis 2012, l'un des effets négatifs de cette incitation à l'envers dans un contexte de baisse des tarifs a été le rattrapage par les volumes, c'est-à-dire le risque de pratiquer des actes non pertinents. Ces questions ont été posées par le Gouvernement dans le cadre de la réforme en cours du financement de la T2A pour sortir du « tout T2A » et éviter les effets pervers d'induction de soins de ce mode de financement. Une autre incitation négative de la T2A dans un environnement prix-volume contraint, quand la logique budgétaire détermine les évolutions tarifaires, a été un nivellement plutôt par le bas et une non-incitation des acteurs efficaces. Concrètement, les établissements sous-efficaces ont intérêt à produire des volumes pour équilibrer leurs comptes. Cette hausse de volumes contraint l'ensemble des opérateurs en exerçant une pression sur les tarifs dans l'enveloppe de l'ONDAM, et en particulier les établissements plus efficaces qui ont déjà réalisé leurs gains de productivité et ont les plus faibles marges de gain en efficacité. En définitive, l'ajustement s'est fait sur les personnels soignants par une hausse de la productivité physique des soignants (plus de soins pour le même nombre de soignants), sans que l'outil de soins ne soit véritablement

restructuré dans son ensemble. Demander aussi longtemps aux soignants d'être plus productifs, dans un contexte d'inflation hospitalière de +2% par an et de baisses tarifaires annuelles, avec une politique salariale entravée par l'absence d'évolution positive des tarifs : toutes les conditions d'une incitation négative de la T2A ont été réunies ! Comme l'indiquait déjà le rapport Véran de 2016 sur la réforme de la T2A, « on ne peut plus se contenter de s'en remettre à l'engagement des personnels ». C'est même de moins en moins possible, aujourd'hui. Et cela a donné lieu à la crise de l'hôpital.

Pour autant, les points positifs de la T2A doivent aussi être soulignés et la réforme de la T2A engagée par le Gouvernement doit être soutenue. La T2A reste en effet le moins mauvais des systèmes dans l'allocation de la ressource publique – limitée – fixée par le Parlement pour le financement des hôpitaux. Elle empêche les opérateurs d'être tentés de diminuer leur production de soins quand la contrainte budgétaire s'exerce, comme cela a pu être observé dans les champs financés en dotations, par exemple en psychiatrie. La T2A évite donc les risques de rationnement de l'offre de soins par les acteurs. Elle incite aussi les opérateurs à être productifs et à maîtriser leurs charges. Elle permet également de réallouer les activités en fonction de leur niveau intrinsèque d'efficacité. Dans le secteur des maternités, par exemple, le financement à l'activité, dans un contexte de ralentissement net de l'activité (baisse de la natalité) est une incitation économique à restructurer l'offre de soins, donc les activités sous-financées, soit en discutant avec le régulateur d'une revalorisation ciblée des tarifs de ces actes soit en encourageant la restructuration de l'offre de maternité. C'est ainsi que depuis 10 ans, 20 % des maternités privées de niveau 1 ont été fermées. Plus globalement, enfin, la T2A est une incitation à la consolidation du secteur – privé comme public.

Pour autant, demain, la T2A ne saurait rester l'unique source de financement. Des travaux sont en cours pour mieux prendre en compte la rémunération des soins et celle des parcours de soins. Des réflexions importantes sont également menées sur le renforcement de l'incitation au financement et à l'amélioration de la qualité (IFAQ), qui doit atteindre une cible d'1 Md€ en 2022 pour une part de tarifs équivalente à près de 50 milliards d'euros. La qualité est, du reste, assise sur des indicateurs de processus, de moyens et de satisfaction du patient : il semblerait pourtant pertinent de mettre en place des indicateurs de mesure de la qualité des soins en tant que

telle, comme il en existe déjà dans d'autres pays. Enfin, il importe d'assurer pour l'ensemble des opérateurs publics et privés, dans un secteur d'infrastructures qui représente plus de 80 Md€ de dépenses chaque année, dont 5 Md€ de dépenses d'investissement, la stabilité et la visibilité du cadre réglementaire. Certes, un engagement à trois ans a déjà été obtenu pour un socle de revalorisation minimale des tarifs, mais le protocole signé entre le Gouvernement et l'ensemble des fédérations fixe ce socle à 0,2 % par an – alors que l'ONDAM progresse de 2,4 % chaque année. La marge reste donc grande pour rediscuter chaque 1^{er} mars les bons niveaux de la campagne tarifaire !

La vision d'un opérateur public

Initialement, François Crémieux, Directeur général adjoint, AP-HP. Retenu au dernier moment pour une réunion de crise sur le coronavirus, François Crémieux a confié à Karim Hatem le soin d'être son porte-parole.

La T2A a eu plusieurs vies. Durant une première période, les acteurs ont considéré que son apport était bénéfique puisqu'elle a permis de sortir de la logique de dotation et de mettre un terme à l'iniquité de l'allocation des ressources. En contraignant à raisonner en termes de volumes d'activité et d'efficience, elle a ainsi profondément changé les modes de régulation interne des établissements de santé.

Il y a alors eu une deuxième période, moins positive, marquée par une logique de pression productiviste allant parfois au-delà de l'acceptable et du supportable pour les opérateurs. Cette évolution a été favorisée par la confusion introduite par ce dispositif : un moyen de répartition des ressources auquel on attribue aussi, à tort, un objectif de rationalisation des ressources alors que ce dernier ne relève pas de la T2A en tant que telle, mais du calcul de l'ONDAM et d'autres éléments d'incitations.

De fait, la T2A a ainsi conduit à une forme de rationalisation de l'outil hospitalier, avec la mise en place de 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT), consolidant 1 000 établissements publics. Toutefois, la concrétisation des effets de la restructuration interne des GHT et

de la gradation de l'offre de soins reste très lente.

Par ailleurs, l'investissement dans le développement des compétences et l'accompagnement reste insuffisant. D'autres acteurs du secteur public, comme La Poste, ont réussi à transformer leur organisation et leur outil de production. Il en est allé de même pour les acteurs privés du secteur de santé. Mais force est de constater que ce type de plan sur la durée est plus difficile à mettre en œuvre dans un domaine comme la santé compte tenu du morcellement des acteurs comme de la gouvernance.

S'ajoute à cela le fait qu'il s'y avère particulièrement compliqué d'articuler une réflexion de régulation technico-économique à son pendant managérial. Le déficit de l'AP- HP « n'empêche pas de dormir » les professionnels de santé, pour lesquels d'autres sujets sont plus urgents et plus mobilisateurs, comme en témoigne la prise en charge immédiate de l'épidémie de coronavirus (NDLR : ce propos date du 27 février 2020). Dès lors, comment traduire au plan managérial un système d'incitation pensé d'un point de vue tarifaire, économique et de régulation ? Comment lui donner du sens pour permettre aux équipes de se mobiliser ? Dans l'IFAQ (Incitation Financière pour l'Amélioration de la Qualité), par exemple, un des indicateurs de qualité est la rapidité d'envoi du compte rendu d'hospitalisation. Or ce n'est pas l'enveloppe de 0,5 % qui mobilisera les équipes hospitalières, mais la qualité de prise en charge du patient. L'ambition est donc bien de mieux articuler la conception des tarifications incitatives et la capacité réelle des acteurs à en faire de véritables leviers de mobilisation au sein des établissements.

Quel avenir pour l'application de la tarification incitative à l'offre de soins ?

Echanges avec la salle

De la salle

En Angleterre, les indicateurs d'incitation sont-ils de résultat ou financiers, c'est-à-dire de dépense ? S'il s'agit d'indicateurs de résultat, portent-ils sur les process (délai d'envoi du compte rendu hospitalier, par exemple), ou sur les résultats objectifs (baisse de la mortalité ou des complications secondaires, par exemple) ? Par ailleurs, où en est la mise en place des critères subjectifs que sont les PROMS, Patient Reported Outcome Measure ? La France est encore très loin de la notion de résultat objectif, et plus encore de celle de résultat rapporté par le patient, semble-t-il.

Par ailleurs, la politique anglaise a-t-elle une vision globale du parcours du patient, c'est-à-dire ville-hôpital-domicile ?

Matthew Bell

Les tarifs sont très nombreux, en Angleterre. Certains concernent les résultats et d'autres, les processus – et il est difficile de passer de l'un à l'autre. En tout état de cause, leur efficacité requiert que les hôpitaux se les approprient véritablement, pouvant alors modifier leur comportement en conséquence. C'est la raison pour laquelle les tarifs définis en fonction des résultats doivent être imposés aux seuls opérateurs en mesure de maîtriser ces derniers.

Par ailleurs, nous distinguons deux types de résultats : l'outcome et l'output. L'outcome est vu comme l'issue, par exemple une vie en bonne santé ou la prolongation de cinq ans de l'espérance de vie d'un patient atteint de cancer. L'output concerne davantage les capacités : celle d'améliorer l'accès aux traitements ou de proposer un diagnostic plus rapide. À chacun de ces types de résultats, nous associons des mesures incitatives, en ayant bien ciblé les maillons de la chaîne les plus susceptibles de bien y répondre. Il en résulte une plus grande verticalité de l'intégration entre les services de proximité, les soins primaires et la ville d'une part, et l'hôpital d'autre part. Les hôpitaux cherchent d'ailleurs de plus en plus à intervenir dès les soins primaires et de proximité, pour moduler le risque que

font peser les tarifs sur les outcomes.

L'objectif est aussi de favoriser la prévention plutôt que le traitement des maladies.

De la salle

En Angleterre, comment tenez-vous compte de la dimension sociale (care), outre celle du soin (cure) ? En France, là encore, nous en sommes très loin.

Matthew Bell

Le social care, en particulier vis-à-vis des personnes âgées, relève en partie du NHS et en partie des autorités locales, ce qui ne va pas sans poser problème. Globalement, le soin et le social sont encore peu liés et ces deux budgets restent distincts. Une importante réforme devrait d'ailleurs intervenir concernant les modalités de financement du social care. Nous manquons notamment de mesures liées aux outcomes pour améliorer la qualité du social care.

De la salle

Quel est le coût des burn-out et des complications post-opératoires dans le domaine hospitalier ? Nous savons aujourd'hui que certains sont liés aux conditions d'exercice de la médecine compte tenu des contraintes pesant sur l'hôpital.

Pierre Maitrot

Je ne dispose pas d'éléments chiffrés sur le coût du burn-out, mais nous constatons en effet un épuisement croissant des personnels soignants, et cet épuisement se traduit par des absences ou des grèves ponctuelles, en particulier dans les services d'urgence. Nous sommes donc en permanence à la recherche d'effectifs, dans un grand nombre de catégories de soignants (aides-soignants, infirmiers, infirmiers de bloc opératoire). Aujourd'hui, en France, la première responsabilité d'un directeur d'établissement, public comme privé, consiste à gérer le recrutement et les risques de pénurie de main-d'œuvre. Nous vivons cette situation comme une conséquence très immédiate de la vision qui a consisté, durant très

longtemps, à s'en remettre à l'engagement des personnels.

Par ailleurs, les personnels soignants paramédicaux sont objectivement sous-rémunérés. En début de carrière, une infirmière gagne moins de 2 000 euros par mois. La France occupe le 26e rang au sein de l'OCDE pour la rémunération de ses infirmières par rapport au salaire moyen national – au même niveau que des pays comme la Lituanie ou la Hongrie, loin des standards internationaux.

Enfin, l'activité hospitalière ralentit. Dans ce contexte, une tarification fondée exclusivement sur l'activité, avec des évolutions tarifaires inférieures de moitié à l'évolution des charges hospitalières pose la question de la viabilité du modèle économique de la T2A.

De la salle

L'État a une responsabilité importante dans la pression qui s'exerce sur les personnels et les établissements de santé : alors que le problème de la pénurie de personnel n'est pas nouveau, aucune mesure n'est prise pour le résoudre. C'est un véritable scandale ! Sans compter que les dernières réformes, notamment celle de la formation, aggravent encore la situation.

Dans ce secteur très réglementé, les fédérations sont principalement en relation avec leur tutelle, le ministère de la Santé, et peu entendues par le ministère du Travail et de l'Emploi. Le secteur de la santé représente pourtant un véritable poumon économique pour l'emploi, avec 133 000 ETP en CDD. Il reste néanmoins sous-utilisé et sous-doté, pour des raisons essentiellement politiques. Ce problème serait relativement facile à résoudre si la volonté politique était là.

Éric Brousseau

Le problème de la rémunération des personnels de santé est évidemment crucial mais si l'on revient au sujet des incitations données aux opérateurs de soins, eu égard à tout ce qui a été dit, on est amené à considérer la question de la régulation tarifaire, la limite de l'approche actuelle semblant résider dans l'absence d'incitation à la qualité. D'autres secteurs régulés ont dans cette perspective fait beaucoup de progrès sur le détail de la tarification incitative.

Pierre Maitrot

Il est en effet très important de pouvoir comparer les modes de régulation et de financement de différents secteurs, d'autant que celui de l'hôpital a sans doute été sous-investi en matière académique et de recherche.

Éric Brousseau

En outre, ainsi que cela a été rappelé, l'incitation doit être stable pour produire des effets à long terme – ce qui est incompatible avec la logique d'annualité budgétaire du système actuel. Afin de permettre aux opérateurs de s'organiser et d'investir, la tarification devrait être mise entre les mains d'un régulateur indépendant. Dans cette perspective, faut-il confier de nouvelles prérogatives au régulateur qu'est la Haute Autorité de Santé, ou s'adresser à d'autres opérateurs – ce que l'Assurance maladie ne laisserait sans doute pas faire - ?

Matthew Bell

Nous avons eu un régulateur indépendant, en Angleterre. Mais le moins qu'on puisse dire est qu'il n'a pas convaincu.

Par ailleurs, il me semble compliqué de comparer les différents secteurs. Pour avoir travaillé à la fois dans la santé, l'électricité et l'eau, je puis affirmer que chacun a des contraintes et des spécificités qui lui sont propres et le rendent unique. Dans celui de la santé, par exemple, la difficulté vient du fait que les produits sont très nombreux et qu'il existe 2 800 tarifs différents. Il y a donc plus d'outcomes et plus de possibilités d'intervention du politique.

Je suis cependant convaincu qu'il serait pertinent d'avoir un régulateur indépendant. Pour autant, il me semble que la réflexion ne doit pas être globale et porter sur le système tout entier, mais qu'il faut plutôt fixer des priorités par secteur de soins (maternité, traitement des AVC, diabète, etc.). Une simplification est nécessaire. Cela passe par une fixation des tarifs sur plusieurs années et une définition de niveaux d'indépendance dans les secteurs jugés prioritaires.

Pierre Maitrot

Aujourd'hui, la fixation des tarifs hospitaliers en France relève d'un arbitrage politique. Des biais politiques dans la prévision des volumes peuvent donc exister. Tous les acteurs hospitaliers demandent d'objectiver cet arbitrage de la régulation prix/volume qui demeure politique. La comparaison économique et universitaire avec les autres modes de régulation et de financement des secteurs d'infrastructures sera déterminante.

Karim Hatem

Ne faudrait-il pas réfléchir à l'association d'autres acteurs à la fixation des tarifs pour permettre une meilleure lecture, donc une meilleure compréhension du sens de cette tarification ? Mieux articuler transparence méthodologique et sens perçu par les acteurs est une condition sine qua non de mobilisation.

Eric Brousseau

Tout dispositif de régulation se construit nécessairement sur le long terme. Peut-être faudrait-il passer par l'expérimentation ?

De la salle

La HAS a travaillé sur l'infarctus du myocarde. La première incitation visait à réduire le nombre de décès en modifiant le parcours de soins. Elle faisait sens, et toute la France a joué le jeu : en un an, le nombre de décès a été réduit par deux et le coût a significativement baissé lui aussi. Cette alliance de sens médical et de sens financier s'est avérée très efficace.

La même démarche a été conduite pour l'AVC, mais s'est avérée plus difficile dans la mesure où ce secteur implique 17 catégories professionnelles, contre 5 pour l'infarctus du myocarde.

Matthew Bell

Nous avons suivi une logique similaire en Angleterre. C'est plus difficile pour les maladies chroniques et liées aux facteurs sociaux.

Pierre Maitrot

Depuis un an, les principales mesures évoquées sont hors tarif : la crise des urgences est traitée par un financement en dotation, les dotations MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) progressent de +4,5% en 2020, contre +0,6% pour les tarifs hospitaliers ; la reprise de 10 Md€ de dette des hôpitaux publics est financée hors tarifs et hors ONDAM ; l'IFAQ monte progressivement en charge, mais il s'agit de dotations. Ne sommes-nous pas déjà en train de sortir du tout T2A par brique ?

De la salle

Tout montre plutôt que nous allons droit dans le mur. Le temps n'est-il pas venu de changer de paradigme et de renoncer au « tout remboursé » ? Puisque l'on dérembourse l'homéopathie, ne faudrait-il pas aussi dérembourser le rhume, par exemple ?

Pierre Maitrot

Notre espace politique, en France, est structuré par la diminution du reste à charge. Il s'agit par exemple de mesures fortes annoncées dans la stratégie nationale de santé sur le reste à charge 0 en dentaire et en optique. De façon globale, notre reste à charge global sur les soins hospitaliers (2 %) reste d'ailleurs très faible et très inférieur à celui de la médecine de ville et des autres pays.

Éric Brousseau

Y mettre un terme serait en effet irréaliste politiquement. Le seul moyen réaliste consisterait à passer par des dispositifs de régulation. En n'étant pas soumis aux cycles électoraux, un régulateur indépendant serait mieux à même de prendre du recul.

Par ailleurs, le numérique facilite les capacités d'observation, de compréhension et de gestion. Il permet, par exemple, d'identifier les gains de productivité et de contribution possibles. Mais cela implique de responsabiliser tous les acteurs, tandis que le système actuel déresponsabilise tout le monde – ce qui entraîne des situations de blocage, y compris le politique qui est simplement là pour faire des équations budgétaires. Il en va de même dans le secteur de l'éducation.

Matthew Bell

La difficulté est réelle ; cela étant, les outcomes se sont améliorés dans leur ensemble, au fil du temps, aussi bien en matière de santé que d'éducation, et ce malgré toutes les difficultés rencontrées dans la définition et le recalibrage des budgets. L'espérance de vie, en particulier, augmente d'année en année.

Quel avenir pour l'application de la tarification incitative à l'offre de soins ?



Chaire Gouvernance et Régulation
Fondation Paris-Dauphine
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny - 75016 Paris (France)
<http://chairgovreg.fondation-dauphine.fr>