

## Lettre de la Chaire Santé

n°2

**Tarification hospitalière: faut-il tenir compte intégralement de la gravité des cas traités ?**

Comme dans la plupart des pays développés, le financement des hôpitaux en France a été réformé avec l'introduction en 2004 d'une tarification qui consiste à verser une somme forfaitaire pour la prise en charge d'un patient. Le forfait dépend de la pathologie traitée, chaque pathologie étant caractérisée par une nomenclature définissant des groupes homogènes de malades. En rupture avec une logique rétrospective, le forfait établit un paiement prospectif : pour une pathologie donnée, le paiement ne dépend pas des moyens mobilisés par les professionnels de santé. Le principe de base d'une telle tarification est celui d'un contrat « à prix fixe » : le paiement est identique, quels que soient la gravité du cas traité.

Ce type de tarification présente l'intérêt d'inciter les hôpitaux à fonctionner de façon efficace, c'est-à-dire à minimiser leurs coûts. En effet, ils ne seront pas remboursés pour des dépenses dépassant le forfait correspondant au cas traité. A l'inverse, ils doivent pouvoir s'approprier les surplus découlant d'un séjour moins coûteux que le forfait.

Mais cette tarification a des inconvénients : elle peut conduire les hôpitaux à sélectionner les patients, en refusant les plus gravement atteints dont le traitement sera probablement très coûteux, ou à réduire la qualité des soins. On peut se trouver dans une situation de conflit entre l'objectif du régulateur, qui peut souhaiter que les patients les plus gravement atteints soient traités avec le plus grand soin, et les incitations qu'il met en place, lesquelles peuvent conduire les hôpitaux à traiter les patients les plus gravement atteints avec une moindre qualité. Les acteurs du système hospitalier demandent souvent un raffinement de la nomenclature des pathologies, afin que

les forfaits se rapprochent plus étroitement de la gravité des cas traités.

Dans leur recherche, Michel Mougeot et Florence Naegelen ont étudié les propriétés théoriques des contrats prévoyant un paiement identique quel que soit la gravité, appelés « contrats mélangeants ». Ils montrent que les politiques de paiements indépendants de la gravité peuvent être optimales.

L'article montre que la définition des paiements varie selon les objectifs poursuivis par l'hôpital. Pour un hôpital qui maximise son profit, comme les cliniques privées à but lucratif, le régulateur doit fixer le forfait à un niveau au moins égal au coût du patient le plus gravement atteint. L'hôpital est altruiste s'il intègre le bien-être du patient dans ses objectifs. On peut penser aux hôpitaux publics ou privés à but non lucratif. Dans ce cas, il suffit que le régulateur fixe le forfait au niveau égal de la moyenne du coût de l'ensemble des patients. En effet, l'hôpital peut compenser les pertes réalisées sur les patients à coût élevé par les gains réalisés sur les patients à coût faible.

L'article montre que contrairement à ce qu'une intuition immédiate pourrait suggérer, il peut être raisonnable de définir des forfaits qui ne tiennent pas compte étroitement de la gravité des cas traités. Il souligne aussi l'intérêt d'une réflexion approfondie sur les objectifs des acteurs. Que maximisent les fournisseurs de soins ? Quel est l'objectif du régulateur ? Accorde-t-il plus ou moins d'importance aux patients gravement atteints ? L'article met en évidence la manière dont la régulation optimale dépend de la réponse à ces questions.

Références : Asymmetric information and pooling contracts in hospital sector, *Cahiers de la Chaire Santé* n°2 par Michel Mougeot et Florence Naegelen

Lire l'article: [Asymmetric information and pooling contracts in hospital sector](#)

Rédaction : Brigitte Dormont et Victoria Verdy

Contact : [victoria.verdy@dauphine.fr](mailto:victoria.verdy@dauphine.fr) ou 01-44-05-46-02

Consulter le site de la chaire : [www.chairesante.dauphine.fr](http://www.chairesante.dauphine.fr)