

Retour sur 10 ans de Tarification à l'activité (T2A) en France

Brigitte Dormont

Professeure à l'Université Paris Dauphine

*Conférence DRG 2000 jours plus tard
Genève, 9 novembre 2017*

- La « tarification à l'activité » ou « T2A » est une réforme de la tarification des hôpitaux introduite en France à partir de 2004
 - Pleinement en 2008
- Equivalent à un système de paiement au séjour par DRG
- Auparavant
 - budget global pour les hôpitaux publics
 - Paiements à l'activité pour les hôpitaux privés à but lucratif
- T2A : grille de tarifs différents pour les hôpitaux publics et privés
- Trois statuts d'hôpitaux
 - Publics = 67,5 % des séjours en MCO, 2015
 - Privés non lucratifs = 8,1 % des séjours en 2015
 - Privés lucratifs (ou cliniques) = 24,4 % séjours en 2015

- La France a peu d'expérience en matière d'évaluation des politiques publiques
- Deux étapes pour évaluer une politique
 1. Examiner comment la politique a été mise en œuvre
les mécanismes appropriés ont-ils été mis en place ?
 2. Evaluation d'impact *per se*
- Pour évaluer les réformes de tarification hospitalière, il ne faut pas oublier d'examiner comment la politique a été mise en œuvre
- Particulièrement vrai pour la T2A en France
 - Beaucoup de centralisation et de bureaucratie
 - Le régulateur (décideur politique, administration en charge de la régulation) est supposé *benevolent*

- Réactions à la T2A
 - Fort mécontentement des acteurs du système public
 - titre d'un éditorial du *Mouvement de défense de l'hôpital public* : « L'étranglement progressif des hôpitaux par l'ONDAM et la T2A »
 - Mécontentement aussi des cliniques privées sur les tarifs
- Dans cette présentation
 - critiques, avec le point de vue de l'économiste de la santé, de la façon dont la tarification prospective a été mise en place en France
 - Sans doute, beaucoup de problèmes dans d'autres pays

Bref historique

- Après guerre → 1983 : Remboursement du coût sous la forme d'un prix de journée
- 1983 → 2004 : budget global pour les hôpitaux publics
 - Grandes inégalités de dotations, budgets sans rapport avec l'activité réelle des établissements
 - Mais contrainte budgétaire « molle » → proche d'un paiement rétrospectif (équivalent d'une subvention de comblement)
- Avant 2004 : Paiements à l'activité avec des tarifs régionaux pour les cliniques privées à but lucratif
- 1996 : création de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
 - Implique une enveloppe fermée pour les dépenses hospitalières nationales

Bref historique (suite)

- 2004 : système de paiement prospectif par séjour: “tarification à l’activité” (T2A)
 - Paiement forfaitaire par séjour dans un DRG (GHM) donné
 - Introduit progressivement entre 2004 et 2008 pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratif
- Mécanismes économiques :
 - Contrats à prix fixes pour gagner en efficacité dans la délivrance des soins
 - Concurrence par comparaison pour fixer des tarifs appropriés (car le régulateur a une information imparfaite sur les coûts)

La T2A en pratique (1)

- La T2A est proche d'un paiement à l'acte avec un prix qui décroît lorsque le volume total de production augmente
 - La classification des GHM repose beaucoup sur les procédures mises en œuvre durant le séjour
 - A cause de l'ONDAM, il y a de fait une régulation prix-volume:
 - les prix sont automatiquement réduits si le volume de séjours est supérieur aux prévisions (au niveau national)
 - D'où une externalité négative due à l'activité des autres hôpitaux
 - Incitation à augmenter l'activité

- Incitation à augmenter l'activité
- Pour remédier à cela, dégressivité des tarifs en fonction des volumes par hôpital
 - introduite de manière très timorée depuis 3-4 ans
 - probablement supprimée dans le PLFSS 2018 (projet de loi de financement de la sécurité sociale voté au parlement)

Tableau n° 58 : évolution moyenne des tarifs (en valeur)

En %

| activité | secteur public | secteur privé |
|----------|----------------|---------------|
| 2009 | -0,12 | 0,54 |
| 2010 | -0,66 | 0,00 |
| 2011 | -0,83 | -0,05 |
| 2012 | -0,21 | 0,19 |

Source : *ATIH*

La T2A en pratique (2)

- Raffinement excessif de la classification en DRG (GHM)
 - Première version (0) : 475 GHMs
 - ...
 - Version 10 (2006): 780 GHMs
 - Version 11 (2009): 2291 GHMs !
 - Introduction de plusieurs niveaux de sévérité
 - Un raffinement excessif : incitation au « DRG creep » ?
 - Peut entraîner une augmentation des niveaux de sévérité observés (enregistrés)

La T2A en pratique (3)

- **En pratique, les prix (tarifs) sont fixés**
 - en relation avec les coûts moyens par GHM
 - puis modifiés pour encourager des soins en rapport avec des objectifs de santé publique (plus de séjours ambulatoires, moins de césariennes, etc.)
 - puis ajustés (en général à la baisse) pour respecter l'enveloppe fermée due à l'ONDAM hospitalier
- **Donc ils sont fixés pour atteindre trois objectifs**
 - Efficacité productive (efficacité des soins)
 - Efficacité allocative (« priorités de santé publique »)
 - Respect de la contrainte budgétaire (ONDAM hospit.)
- **Or un instrument ne peut servir qu'un objectif**
 - Dans la tarification prospective par séjour, les prix doivent être fixés pour atteindre l'efficacité productive

Au final, les tarifs peuvent être très différents des coûts

| racine | masse tari | masse coul | variatio | Libelle |
|--------|------------|------------|----------|--|
| 01M37 | 2080878 | 8121289 | -74,4% | Autres affections de la CMD01; décès -2j |
| 15Z08 | 24404124 | 82053689 | -70,3% | Nouveaux nés de 1000g à 1499g |
| 15Z09 | 16486742 | 47942850 | -65,6% | Nouveaux nés moins de 1000g |
| 13K05 | 389586 | 1076244 | -63,8% | Infections de l'uterus et des ses annexes |
| 23M19 | 4293571 | 11121610 | -61,4% | Explorations et surveillance pour autres motifs de recours |
| 19M12 | 12536307 | 31009103 | -59,6% | Anorexie mentale et boulimie |
| 06K05 | 3602227 | 8483629 | -57,5% | Séjours avec endoscopie , sans anesthésie, en ambu |
| 15Z07 | 53003223 | 121106164 | -56,2% | Nouveaux nés de 1500g à 2000g sans problème significatif |
| 01M36 | 2863153 | 6071132 | -52,8% | AVC non transitoire avec décès ; -2 j |
| 06M15 | 31665 | 66528 | -52,4% | Suivi de greffe de l'appareil digestif |

| racine | masse tarif | masse coul | variation | Libellé |
|--------|-------------|------------|-----------|--|
| 05C19 | 140230177 | 34820985 | 302,7% | Pose d'un défibrillateur cardiaque |
| 05C07 | 41074002 | 19020224 | 115,9% | Autres interventions cardiothoraciques, âge > 2 ans, avec CEC |
| 27Z02 | 100812684 | 54744673 | 84,2% | Allogreffes de cellules souches hématopoiétiques |
| 22Z02 | 27323584 | 16801281 | 62,6% | Brulures étendues |
| 27Z03 | 124621243 | 80223784 | 55,3% | Autogreffes de cellules souches hématopoiétiques |
| 17M05 | 60255638 | 43542456 | 38,4% | Chimiothéaoie pour leucémie aigue |
| 17M08 | 17173967 | 12570688 | 36,6% | Leucémies aigues, âge inférieur à 18 ans |
| 12C10 | 1942287 | 1443336 | 34,6% | Autres interventions pour affections non malignes de l'appareil génital masculin |
| 06C05 | 14713167 | 11193247 | 31,4% | Interventions sur l'œsophage, l'estomac, le duodenum, âge inférieur à 18 ans |
| 25Z03 | 498473 | 388128 | 28,4% | Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans. |

Source: J.-C. Moisdon, 2011

La T2A en pratique (4)

- Les hôpitaux publics sont sujets à une contrainte budgétaire « molle »
 - Les conséquences de déficits répétés sont limitées
 - Certains hôpitaux sont « too big to fail » avec des rallonges budgétaires possibles en fin d'année
 - En principe le patient a un co-paiement de 20 % si séjour sans chirurgie (quote-part qui est en France sans franchise ni maximum)
 - Mais les hôpitaux publics peuvent facturer un tarif journalier de prestation (TJP) qui dépasse 20 % du tarif (couvert par la complémentaire si le patient en a une, sinon paiement direct à la charge du patient)
 - Plusieurs enveloppes séparées pour des activités spécifiques : MIGAC (MIG) : niveau élevé (plus de 17 % du total des dépenses) et peu de critères pour le calcul de ces budgets
 - depuis 2012 une partie des MIGAC dans les Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) et parmi les objectifs de l'ONDAM depuis 2014

La T2A en pratique (5)

- Quid de la qualité des soins ?
- En théorie, la concurrence à prix fixes (T2A) peut améliorer la qualité
 - Si la demande de soins est fonction croissante de la qualité des soins
 - Mais cela dépend du coût marginal de la qualité quand les volumes augmentent
 - Et cela dépend aussi de la profitabilité des soins dans la pathologie considérée
 - Dépend donc du DRG

La T2A en pratique (5), suite

- En France
 - Contrôle administratif de la qualité
 - Une information publique sur la qualité des soins à l'hôpital se met en place
 - Et il n'y a pas de preuve empirique que la demande de soins qui s'adresse aux hôpitaux publics soit en France sensible à la perception de la qualité des soins (quelques résultats pour le privé lucratif)
- Résultats Skinner et al. pour les USA
 - Impact de la concurrence à prix fixes sur la qualité des soins
 - Négatif sur prise en charge de la démence
 - IMA impact + ou – selon la spécification du modèle
 - Pas d'impact sur prothèse du genou ou de la hanche
- Par ailleurs, la T2A, en soi, encourage à la spécialisation dans certains DRGs
 - Peut contrarier le pilotage de l'offre en relation avec les besoins

Résultats

- Entre 2003 (dernier budget global) et 2011, augmentation de l'activité des hôpitaux de 18 %, dont
 - 11.5 % d'augmentation du nombre de séjours,
 - 5.8 % dus à un effet structure (DRGs plus lourds)
- Le vieillissement de la population ne suffit pas à expliquer cette croissance
- Pour les hôpitaux publics, augmentation plus forte: activité + 22.9 %
(13.4 % nombre de séjours, 8.3 % effet structure)
 - Accroissement de la part de marché des hôpitaux publics, surtout pour les séjours chirurgicaux

Résultats (suite)

- Autres résultats pour les séjours chirurgicaux 2005-2008
 - Accroissement de la part de marché des hôpitaux publics
 - Très lié à l'intensité de la concurrence des cliniques privées environnantes
 - Par rapport aux cliniques privées lucratives, pas d'augmentation des réadmissions

(Sources : Etudes et résultats n°854 octobre 2013), et Insee Analyse n°15, janvier 2014)

Résultats (fin)

- Bon pour la qualité des soins ?
 - Pas évident, à moins que la qualité soit plus basse dans les cliniques privées
 - Pertinence des soins
- Gains en efficience ?
 - Pas évident: un article montre une augmentation de la productivité (≠ de l'efficience)
 - Les prix n'ont pas de rapport avec les coûts
 - Dans ce système il est possible que les hôpitaux aient intérêt à accroître le nombre de séjours plutôt qu'à réduire leurs coûts
- A l'évidence, impacts des mécanismes introduits avec la T2A, telle qu'elle a été mise en œuvre

Merci pour votre attention !

