

La difficile réforme de la tarification hospitalière en France

Brigitte Dormont

Journée CIPP, Dauphine, 4 décembre 2013

1. Principes de la tarification hospitalière

- **Pourquoi faut-il réguler l'hôpital ?**
- Ce n'est pas lié au statut des établissements (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif)
- Dû au fait que les soins hospitaliers sont couverts par l'assurance maladie, qui est financée par prélèvements obligatoires
- Il faut garantir un bon usage des fonds ainsi collectés
 - Rechercher l'efficacité de la dépense (autre mot : efficience)
 - Sinon, on s'expose à un risque politique

- Confusion fréquente : recherche d'efficacité et rationnement des soins
- Rechercher l'efficacité de la dépense ne signifie pas réduire les dépenses
- Signifie : dépenser le moins possible, pour un résultat donné
- Un bon niveau d'efficacité peut être conçu comme un préalable à une décision d'augmenter les dépenses de santé

L'hôpital coûte très cher

- 44,4 % des dépenses de santé
- Alors que les séjours hospitaliers ne concernent que 10 % de la population
- Trois statuts
 - Hôpitaux publics
 - Hôpitaux privés à but non lucratif (peu nombreux)
 - Hôpitaux privés à but lucratif
- Publics (+ privés non lucratif) → 34,1 %
- Privés lucratifs → 10,3 %

Les parties en présence et leurs objectifs

- Patients (assurés sociaux)
- Hôpitaux (médecins hospitaliers et autres personnels)
- La tutelle (État, assureur unique (« Sécu »), assurances plurielles en concurrence)

Objectifs des patients

- Soins de qualité
 - compétence du médecin, prise en compte de la douleur, qualité de vie, prévention, etc.
- Accès aux soins (pas ou peu de files d'attente)
- Soins appropriés
 - procédures justifiées et pas de soins excessifs
- Juste coût (cotisations à la sécurité sociale, prime d'ass. complémentaire, reste à charge et dépassements)
 - Efficacité de la production de soins

Objectifs des médecins hospitaliers

- Niveau de vie
- Estime de soi (éthique), prestige
- Qualité de vie au travail
 - Durée du travail
 - Capacité à répondre à la demande
 - Charges administratives et moyens organisationnels (secrétariat, infirmières, auxiliaires)
- Liberté dans les stratégies de soins
 - Relations avec la tutelle via le directeur d'hôpital

Objectifs de la tutelle

- La tutelle est censée agir dans l'intérêt des assurés
- Encourager les hôpitaux à répondre aux besoins
 - Sans induire d'activité injustifiée (demande induite)
- Inciter à fournir les soins au moindre coût (efficacité)
 - Sans sacrifier la qualité des soins
 - Sans sélectionner les patients
- Garantir l'équité dans l'accès aux soins
- Pas de rationnement de l'offre de soins

- Place du directeur d'hôpital ?
- A l'interface de la tutelle, des personnels et des médecins de l'hôpital et des patients

La tutelle a des problèmes d'information

- Elle ne peut pas connaître, ni contrôler les efforts fournis par les agents hospitaliers pour réduire les coûts
- Elle ne connaît pas bien les contraintes spécifiques auxquelles les hôpitaux peuvent être confrontés
- Le système de tarification cherche à résoudre (imparfaitement) ces problèmes

Paiements prospectif/ rétrospectif

- Un paiement rétrospectif ne fait que rembourser les coûts de traitement constatés *ex post*
- Un paiement prospectif permet d'inciter à un fonctionnement efficace

Trois systèmes de paiements

- Paiement à l'acte : finance de manière rétrospective les soins au niveau du coût observé
 - *Rétrospectif même si le prix de l'acte est fixé*
- Budget global : attribue à l'établissement un budget pour l'ensemble de son activité annuelle
- Tarification par pathologie : finance chaque séjour par un forfait calculé pour chaque pathologie (Groupe homogène de malades, GHM)

Paiements prospectif/ rétrospectif

- Remboursement du coût
- *Rétrospectif*
- Budget global
- *Prospectif (en principe)*
- Tarification par pathologie (TPP)=
financement par GHM
- *Prospectif (en principe)*

Comment déterminer les forfaits ?

- Principe de la concurrence par comparaison :
- La tutelle propose la règle de paiement suivante à chaque hôpital h au début de l'année t :
 - « pour chaque séjour dans un GHM g vous recevrez un paiement égal au coût moyen par séjour dans ce GHM »
 - « La moyenne sera calculée à la fin de l'année sur tous les hôpitaux autres que h »
 - Chaque manager sait qu'il a intérêt à réduire ses coûts, car il risque sinon d'avoir un coût au dessus du forfait et d'être en déficit

Effets de la Tarification par pathologie (TPP)

Budget Global

- Fixe une enveloppe pour l'ensemble de l'activité annuelle
- Variables d'ajustement pour le gestionnaire :
 - *Efficacité par séjour dans un GHM*
 - **Nombres de séjours**
 - **Éventail des cas traités**
 - *Sélection de patients*
 - *Qualité des soins*

TPP

- Fixe un forfait par séjour dans une pathologie donnée (DRG)
- Variables d'ajustement pour le gestionnaire :
 - *Efficacité par séjour dans un GHM*
 - **Classement des séjours dans les GHM**
 - *Sélection de patients*
 - *Qualité des soins*

2. Les transitions observées dans les différents pays

Données en principe connues par la tutelle avant la réforme

Transitions du début des années 80

- États-Unis : Remboursement du coût ⇒ TPP
- Pays d'Europe occidentale : Remboursement du coût ⇒ Budget global
- *But : maîtriser la progression des dépenses hospitalières*

Transitions des années 2000

- Pays d'Europe occidentale, Canada :
 - Budget Global ⇒ Tarification par pathologie
 - Les objectifs diffèrent selon les pays :
 - Pays Scandinaves : augmenter l'offre de soins hospitaliers
 - Allemagne, France, Québec, autres provinces du Canada, Suisse, etc. : améliorer l'efficacité

Effet de la TPP sur la dépense, 1 : États-Unis

- Transition observée (1983) : RC \Rightarrow TPP
 - *Ralentissement de la croissance des dépenses*
 - *Augmentation des dépenses en ambulatoire : 13,4 % avant 1983 à 35,3 % en 1997 (HCFA 1998).*

Effet de la TPP sur la dépense, 2 : Norvège

- Transition observée (1997) : BG \Rightarrow TPP
- Objectif principal : augmenter l'offre
 - *Augmentation de l'activité*
 - *Augmentation de la productivité (efficacité technique)*
 - *Augmentation des coûts*
- Important : contrainte budgétaire moins « dure »

Effet de la TPP sur les pratiques

- Ajustements (ou comportements stratégiques) sur :
 - Durée de séjour
 - Admissions, transferts
 - Stratégies de sélection
 - Vers l'ambulatoire, d'autres établissements
 - Codage des patients, mise en œuvre des actes techniques
 - fraude (plus ou moins), traitements plus intensifs, optimisation du codage
 - rôle de la finesse de la nomenclature
 - Comment intégrer les innovations dans la classification ?

Effet de la TPP sur la qualité des soins

- En principe concurrence à prix fixes donne des incitations à l'amélioration de la qualité
 - Si la demande est fonction de la qualité
- Quelques études montrent des effets négatifs des contraintes financières sur la qualité des soins
 - Difficile à analyser : mécanisme de la concurrence par comparaison en tant que telle ou bien des modalités concrètes de sa mise en œuvre ?

- Autres études plus récentes: US et GB montrent clairement qu'à prix fixes, l'accroissement de la concurrence améliore la qualité
 - sur un indicateur : mortalité liée à AMI), (Cooper *et al. EJ*, 2011; Propper *et al. EJ*, 2008)
- Actuellement, développement de
 - l'information publique
 - P4P “payment for performance”
- Question importante : la demande induite (pertinence des soins)
 - problème introduit par la tarification par pathologie (si l'on vient du budget global)
 - Evidence empirique sur l'existence de demande induite (comparaison public privé de coûts des soins, à pathologie donnée)

3. La réforme de la tarification hospitalière en France

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 plutôt « molle » → proche d'un paiement rétrospectif
- Plan Juppé 1996 : création de L'ONDAM
- 2004 : Tarification à l'activité (T2A)pour les soins aigus en Médecine, chirurgie et obstétrique, (pleinement en 2008)

La T2A

- La T2A s'inspire de la tarification à la pathologie
- Paiement forfaitaire par séjour dans un GHM
- Principe de la concurrence par comparaison : tout surcoût non justifié est interprété comme de l'inefficacité
- Met en déficit les hôpitaux dont les coûts sont au-dessus de la moyenne
- Réduction progressive du nombre d'hôpitaux en déficit (60 % en 2006 à 37 % en 2009)

La T2A en pratique (1)

- En pratique la T2A se rapproche d'un paiement à l'acte (avec un point flottant)
 - Paiement à l'acte car la classification des GHM est très dépendante des actes pratiqués
 - Point flottant à cause de l'Ondam qui institue une enveloppe fermée
 - Crée des incitations à une activité excessive (demande induite)
- Récemment, affinement de la nomenclature 700 GHM (2006) → 2291 GHM
 - Incitation à surcoder (degré de sévérité)

La T2A en pratique (2)

- Il y a de nombreux paiements annexes
 - Enseignement, recherche
 - Samu, centre anti poison, équipes mobiles (soins palliatifs)
 - Forfaits urgences, greffes
- Ces dotations spécifiques sont d'un montant très élevées (18 % des dépenses en soins aigus) et concentrées dans le secteur public
- Le développement de ces enveloppes peut avoir plusieurs effets pervers:
 - Vient en déduction de l'ONDAM (réduit l'enveloppe dédiée à l'activité hospitalière pour tous les hôpitaux)
 - Pas de maîtrise de la progression de ces enveloppes contredit la logique de la T2A

La T2A en pratique (3)

- Actuellement deux grilles tarifaires : une concurrence par comparaison est instaurée entre hôpitaux publics d'une part et hôpitaux privés d'autre part
- Convergence tarifaire public-privé prévue à l'horizon 2012, puis 2018, puis abandonnée
- Dans le secteur public, contraintes spécifiques
 - gestion de la main-d'œuvre
 - Offre de soins
 - Sélection de patients interdite

La T2A en pratique (4)

- La fixation des tarifs est très éloignée du calcul économique pertinent
 - coût moyen par GHM + ajustement en fonction de l'ONDAM hospitalier + objectifs de santé publique
 - On ne peut pas poursuivre trois objectifs (efficacité productive, équilibre budgétaire et pilotage de l'offre) avec un seul instrument : les tarifs
- Accès aux soins
 - Reste à charge dans le secteur public peu maîtrisé (Tarif journaliers de prestations)
 - Dépassements dans le secteur privé

Conclusion

- C'est mieux que le budget global
 - Mais on est très loin d'une vraie tarification par pathologie
 - Les médecins formulent des critiques en partie justifiées
 - Les acteurs de la gestion hospitalière disent que les choses avancent
- La tutelle ne fait pas bien son travail (diversité des acteurs au niveau de la décision, difficulté politique ? Technique ? Problèmes de compétence ?)
- De nombreuses questions restent en suspens
 - Comment prendre en compte l'hétérogénéité des hôpitaux ?
 - Comment faire en sorte que l'offre de soins réponde aux besoins ?
- Urgent : la qualité des soins
 - il faut développer des indicateurs pour suivre l'évolution de la qualité des soins
 - Développer une information accessible à tous