



Quel horizon pour la convergence tarifaire ?

Bibliographie avec résumés

Bibliographie réalisée par Nathalie Bel - Orsmip

Septembre 2017

Réflexions sur les modalités de financement des hôpitaux.

Grimaldi A., Vernant J.P. L'information psychiatrique. n°1. 2017. pp.21-26.

Chaque mode de financement de l'hôpital – prix de journée, dotation et tarification à l'activité – a des avantages et des inconvénients. Leur choix devrait être déterminé en fonction de l'activité concernée. Ainsi la T2A est adaptée aux activités standardisées et programmées. Le prix de journée est adapté aux soins palliatifs. La dotation est adaptée aux activités complexes connaissant des modalités de prises en charge rapidement évolutives. C'est le cas notamment des maladies chroniques ou devenant chroniques comme nombre de cancers. Chacune de ces techniques de financement nécessitent des modes de régulation spécifique qui devraient être fixés avec les professionnels. La T2A a été utilisée non pas comme une technique de financement mais comme une politique visant à instaurer dans l'hôpital une gestion privée. Fonctionnant non pas sur le principe éthique du juste soin pour le patient au moindre coût pour la société mais selon le principe commercial de la recherche de la rentabilité pour l'établissement, elle a été généralisée. La concurrence entre établissements était censée permettre l'obtention de la qualité au moindre coût. Le maintien d'un budget national contraint (l'Ondam), le développement des maladies chroniques, la volonté de limiter l'hospitalo-centrisme conduisent à une critique du « tout T2A » auquel reste attaché le pouvoir managérial qui propose de maintenir la T2A en la complexifiant un peu plus. (résumé d'auteur)

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-1-page-21.htm>

Premier bilan de la tarification à l'activité (T2A) sur la variabilité des coûts hospitaliers.

Milcent K. Economie et prévision. n°210. 2017. pp.45-67.

Ce papier étudie la variabilité des coûts hospitaliers pour des séjours comparables en pathologies et en procédures (GHM). À l'époque du budget global, une forte variabilité des coûts était observée entre les hôpitaux publics français. Qu'en est-il aujourd'hui ? Théoriquement, la T2A conduit les établissements à minimiser leurs coûts pour gagner la différence entre le forfait et le coût. Nous montrons une certaine homogénéisation des coûts et une réelle prise en compte de l'hétérogénéité des individus. Les forfaits par GHM ne capturent cependant pas toute l'hétérogénéité entre les établissements, ni entre les patients. Ainsi, les effets néfastes de sélection des patients ou de diminution du niveau de qualité ne sont pas évités par les forfaits actuels. (résumé d'auteur)

<http://www.cairn.info/revue-economie-et-prevision-2017-1-page-45.htm>

Politique des coûts, politique des écarts : étude d'une controverse métrologique sur les tarifs hospitaliers.

Juven P.A. Gouvernement et action publique. vol5. n°1. 2016. pp.35-62.

Depuis 2004, les établissements de santé sont rémunérés en France par un mécanisme de tarification à l'activité (T2A). Cependant, au moment où est instauré ce mécanisme, les tarifs diffèrent selon le secteur, ceux du public étant plus élevés que ceux du privé, considérant que l'hôpital public est plus coûteux. Une politique de convergence tarifaire a été initiée à partir de 2007 afin de contraindre les hôpitaux publics à diminuer leurs coûts de production. Cette convergence a fait l'objet d'une controverse vive entre les représentants des hôpitaux publics, ceux des cliniques privées et le ministère de la Santé. L'article analyse cette controverse en étudiant la façon dont des mécanismes comptables et financiers mettent à l'épreuve les catégories et identités publiques et privées dans le domaine hospitalier et en montrant que cette controverse sur la convergence conduit à penser les objets que constituent les « coûts » des séjours et les « écarts » de coûts entre secteur public et secteur privé. Cette étude montre en quoi les coûts et les écarts constituent des instruments d'action publique singuliers en matière de politiques hospitalières.
<https://www.cairn.info/revue-gouvernement-et-action-publique-2016-1-page-35.htm>

Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes. L'hôpital public aux prises avec la tarification à l'activité.

Juven P.A. Revue de la régulation. n°17. 2015. 21p.

En instaurant, à partir des années 1980, un calcul des coûts puis, au début des années 2000, une tarification hospitalière, les réformateurs français ont explicitement cherché à traduire dans les faits le principe dit de « concurrence par comparaison ». Nous montrons ici comment les régulateurs ont tenté d'incarner dans le calcul des coûts puis dans la tarification cette conception quasi-marchande, prise entre une conception libérale et une conception technocratique de la régulation hospitalière et en quoi ce mécanisme consiste. L'instauration de cette concurrence par comparaison suppose plus précisément une mise en équivalence du secteur public et du secteur privé afin de les rendre précisément « comparables » ce qui ne va pas sans poser certains problèmes quant à leur commensurabilité.

<https://regulation.revues.org/pdf/11219>

Rapport 2015 au Parlement sur le financement des Établissements de Santé.

Ministère chargé de la santé. 2015. 70p.

Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Cet état des lieux de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés est présenté par le biais de 3 rapports sur : la tarification à l'activité (T2A) ; les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC), incluant les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) ; la convergence tarifaire.

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2015/rapport_parlement_2015_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ?

Choné P., et al. Institut national de la statistique et des études économiques. Etudes et résultats. n°862. 2014. 4p.

L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. L'objectif du législateur était d'accroître l'efficacité et d'améliorer la qualité des soins. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 à 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 ; après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de séjours.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er862.pdf>

Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire.

Dormont B., et al. Economie et statistique. n°455-456. 2013. 32p.

Cet article a pour but de comprendre les différences de productivité observées en France entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH) et les cliniques privées. Nous examinons s'il existe une influence de la composition de la patientèle et des séjours sur la productivité des hôpitaux. Si tel est le cas, introduire de la concurrence entre les hôpitaux sur la base de la Tarification à l'Activité ne promeut pas seulement l'efficacité, mais crée aussi de fortes pressions au sein des établissements en faveur d'une réorientation de l'offre de soins. La base de données utilisée est un panel d'hôpitaux proche de l'exhaustivité pour les soins aigus : 1 604 hôpitaux sont observés sur la période 1998-2003. L'analyse couvre les six années précédant l'introduction de la T2A en France afin d'observer la situation qui préexistait avant la mise en place de nouvelles incitations. Nous montrons que le diagnostic sur l'efficacité productive des hôpitaux publics dépend de la définition de la frontière de production : avec une fonction classique les scores d'efficacité des hôpitaux publics sont inférieurs à ceux des hôpitaux PSPH, eux-mêmes inférieurs à ceux des cliniques privées. Mais l'ordre des performances relatives s'inverse lorsque l'on tient compte des caractéristiques de la patientèle et la composition des séjours des hôpitaux : à l'exception des petits établissements, les hôpitaux publics et PSPH apparaissent alors plus efficaces que les cliniques privées. Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des différences de cahiers des charges encadrant les activités des hôpitaux publics et privés. Une décomposition finale montre que la plus faible productivité des hôpitaux publics s'explique principalement par leur taille, la composition de leur patientèle et celle de leurs séjours, caractérisée par une faible proportion de séjours chirurgicaux. Elle ne s'explique pas par une moindre efficacité des hôpitaux publics.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1377738/ES455H.pdf>

Financer l'hôpital, le professionnel ou le parcours du patient ?

Couty E. Les tribunes de la santé. n°40. 2013. pp.23-35.

Le mode de financement de notre système de soin s'est construit selon le mode d'exercice du professionnel concerné et non selon le malade pris en charge. Cette dépendance du mode de financement va marquer profondément toutes les réformes du financement des secteurs hospitaliers public et privé jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Le modèle T2A adopté en France a cependant montré des limites, pointées par les utilisateurs eux-mêmes. Après une analyse critique des différents modes de financement de l'hôpital, l'article pose trois interrogations – doit-on maintenir un lien étroit entre description de l'activité médicale et tarif ? doit-on conserver un modèle unique de tarification ? doit-on, dans le cadre d'une médecine de parcours, maintenir une stricte séparation entre financement de la médecine ambulatoire et financement de l'hôpital ? – et propose quelques pistes de réflexion pour contribuer aux évolutions nécessaires. (résumé d'auteur)

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2013-3-page-23.htm>

Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé.

Rapport.

Inspection générale des affaires sociales. 2012. 97p.

Ce rapport consacré à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé a été inscrit au programme d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales. Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés à but lucratif, avec un double objectif : rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de

santé ; instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-011P - DEF sans sign.pdf>

Proposition de loi tendant à supprimer le processus de convergence tarifaire imposé aux établissements publics de santé et médico-sociaux.

Sénat. 2012. 9p.

Les établissements publics de santé connaissent aujourd'hui des situations particulièrement difficiles, du fait des politiques de rigueur économique et des contraintes financières que les gouvernements successifs leur imposent depuis des années. Celles-ci se sont accrues avec le passage à la tarification à l'activité - la T2A - et l'adoption de la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) qui tendent à imposer aux hôpitaux des mécanismes inspirés du modèle privé, y compris industriel. L'hôpital y est réduit à des entreprises de soins, dont la seule priorité est, avant même la satisfaction des besoins en santé des populations, l'équilibre financier.

<https://www.senat.fr/leg/pp11-562.pdf>

Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants. Rapport.

Inspection générale des affaires sociales. 2012. 125p.

Dans son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2010, la Cour des comptes relevait que le déficit brut des 1 040 établissements publics de santé s'élevait à 673 M€ (soit 1,5% de leurs recettes) en 2009, dont 651M€ pour les 517 établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A). Selon les données 2010 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), si le nombre d'établissements publics (toutes disciplines confondues) en déficit est en hausse, le déficit 2010 global réalisé est en nette réduction. Dès lors, si la situation financière de certains hôpitaux apparaît préoccupante, tous les établissements ne connaissent pas de difficultés de cette ampleur. Dans ce contexte, l'IGAS a inscrit dans son programme d'activité une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées, en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. Le rapport montre notamment que ces succès passent par la mobilisation de l'ensemble des moyens de gestion et la mise en œuvre d'un management par la confiance autour d'objectifs partagés qui concernent autant la qualité des soins, la réponse aux besoins de santé du territoire que l'équilibre financier

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000345.pdf>

Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire.

Ministère chargé de la santé. 2011. 101p.

Dans ce rapport, le ministère revient sur l'historique du mécanisme de convergence et dresse à la fois le bilan d'avancement du processus de la convergence intersectorielle sur 2010-2011 et le bilan des recommandations du rapport IGAS de 2006. L'objectif de convergence fait partie des principes de base de la réforme de la Tarification à l'activité : la convergence intra sectorielle, c'est-à-dire entre établissements d'un même secteur, ayant pour but une mise en œuvre progressive de la T2A pour permettre aux acteurs et aux structures de s'y adapter ; la convergence intersectorielle, c'est-à-dire entre établissements des secteurs public et privé, consistant à rapprocher les 2 échelles tarifaires (ex-DG et ex-OQN) hors écarts de charges justifiés. La convergence intra sectorielle a été atteinte, avec un an d'avance, au 1er mars 2011 dans les secteurs public et privé. Elle s'est effectuée au moyen des coefficients de transitions propres à chaque établissement. Les conditions de financement sont donc désormais équivalentes entre établissements d'un même secteur. Le ministère rappelle ensuite le principe d'une convergence tarifaire d'ici 2018 (LFSS 2010) vers les tarifs les plus bas (LFSS 2011) et non plus vers les tarifs privés (LFSS 2008). (résumé Bdsp)

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2011/Rapport_convergence_au_Parlement_2011_4_1_191011.pdf

Maisons de retraite et unités de soins de longue durée : l'inacceptable convergence tarifaire.

Revue hospitalière de France. n°539. 2011. p.28-31.

La loi de financement de la sécurité sociale 2010 a étendu le principe de convergence tarifaire aux unités de soins de longue durée (USLD). L'auteur dénonce ici le mécanisme qu'il juge inacceptable. En effet, l'application de ce mécanisme pourrait entraîner la suppression de postes de soignants, alors que les besoins en personnel sont réels. Par ailleurs, la convergence s'opère sans lien avec la qualité des prestations dispensées et fait de l'outil PATHOS une utilisation détournée. (résumé Bdsp)
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2011/539/28-31.pdf>

Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire.

Dormont B. Economie et statistique. n°455-456. 2012. pp.143-176.

Cet article a pour but de comprendre les différences de productivité observées en France entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif (PSPH) et les cliniques privées. Nous examinons s'il existe une influence de la composition de la patientèle et des séjours sur la productivité des hôpitaux. Si tel est le cas, introduire de la concurrence entre les hôpitaux sur la base de la Tarification à l'Activité ne promeut pas seulement l'efficience, mais crée aussi de fortes pressions au sein des établissements en faveur d'une réorientation de l'offre de soins. La base de données utilisée est un panel d'hôpitaux proche de l'exhaustivité pour les soins aigus : 1 604 hôpitaux sont observés sur la période 1998-2003. L'analyse couvre les six années précédant l'introduction de la T2A en France afin d'observer la situation qui préexistait avant la mise en place de nouvelles incitations. Nous montrons que le diagnostic sur l'efficacité productive des hôpitaux publics dépend de la définition de la frontière de production : avec une fonction classique les scores d'efficacité des hôpitaux publics sont inférieurs à ceux des hôpitaux PSPH, eux-mêmes inférieurs à ceux des cliniques privées. Mais l'ordre des performances relatives s'inverse lorsque l'on tient compte des caractéristiques de la patientèle et la composition des séjours des hôpitaux : à l'exception des petits établissements, les hôpitaux publics et PSPH apparaissent alors plus efficaces que les cliniques privées. Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des différences de cahiers des charges encadrant les activités des hôpitaux publics et privés. Une décomposition finale montre que la plus faible productivité des hôpitaux publics s'explique principalement par leur taille, la composition de leur patientèle et celle de leurs séjours, caractérisée par une faible proportion de séjours chirurgicaux. Elle ne s'explique pas par une moindre efficacité des hôpitaux publics. (résumé d'auteur)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1377738/ES455H.pdf>

La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés : mission impossible ?

De Pourville G. Regard croisé sur l'économie. n°5. 2009. pp.181-190.

La convergence des tarifs applicables aux secteurs hospitaliers public et privé est inscrite dans les esprits de tous les acteurs du système hospitalier depuis le démarrage en 1982 du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dont le but est de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements, et non plus seulement sur le nombre de patients, de journées ou de consultations. Cependant, ce principe a été longtemps refoulé tant il était porteur de difficultés que personne n'avait envie d'affronter. Difficultés techniques certes, mais qui ne sont que les symptômes irritants de difficultés conceptuelles et politiques relatives à la régulation économique de l'offre de soins en France. Les deux secteurs se sont développés en parallèle avec des programmes différents, parce qu'ils étaient soumis à des environnements culturels, politiques et économiques différents. Ces environnements ont fortement structuré leur gouvernance, leur mode de fonctionnement

et leur logique économique. Dans ce contexte, la convergence tarifaire est-elle possible ? Et comment pourrait-elle être mise en œuvre ? (résumé d'auteur)

<https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie-2009-1-page-181.htm>

Rapport d'information sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018.

Vasselle A. Sénat. Commission des affaires sociales. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale. 2009. 35p.

Depuis son inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, le processus de convergence tarifaire entre établissements hospitaliers publics et privés, qui vise à aligner les tarifs des deux secteurs dans la limite des écarts justifiés par des différences de charges couvertes, a suscité de vifs débats et de nombreuses interrogations. Après avoir renoncé à mettre en œuvre la convergence à hauteur de 50% en 2008 et alors que le processus doit en principe être achevé en 2012, le Gouvernement propose désormais au Parlement, dans le cadre du PLFSS pour 2010 (art. 32), de reporter à 2018 l'achèvement du processus de convergence tarifaire entre établissements de santé, publics et privés (convergence dite « *intersectorielle* »), compte tenu des nombreuses études restant à réaliser sur les écarts de coûts entre les différents secteurs. Dans le même temps, il envisage la mise en œuvre dès 2010 d'une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour (GHS). Dans ce contexte, la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat a souhaité faire le point sur ce dossier lors d'une table ronde qu'elle a organisée le 27 octobre 2009, réunissant les différents acteurs concernés (fédérations hospitalières, DHOS, mission T2A du ministère de la santé) pour mieux comprendre les enjeux du processus et les difficultés rencontrées dans sa réalisation. Dans un rapport d'information intitulé « *En attendant la convergence tarifaire...* », et publié le 3 novembre, le sénateur Alain Vasselle propose, après un bref rappel de l'état du processus de convergence, un compte rendu de cette table ronde qui a permis, « *pour la première fois au Parlement, une véritable confrontation des points de vue susceptible d'éclairer la poursuite de cette démarche* ». Le rapport sénatorial témoigne des fortes divergences d'interprétation de la réforme... et de ses risques. (résumé Bdsp)

<http://www.senat.fr/rap/r09-076/r09-0761.pdf>

Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France.

Or Z., Renaud T., Com-Ruelle L. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. 2009. 36p.

Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises. La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficacité égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Notre analyse de la littérature montre que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts. Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une

politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT25EcartCoutHospitaliers.pdf>

Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé. Rapport.

Abbalea P., Bras P.L., Seydoux S. Inspection générale des affaires sociales. 2006. 97p.

Par lettre du 22 juillet 2005, le ministre de la santé et des solidarités a demandé à la chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales de diligenter une mission d'appui sur la convergence tarifaire dans le cadre de la tarification à l'activité des établissements de santé. La mission s'est déroulée du 15 septembre au 15 janvier 2006. La mission a diffusé deux documents de travail en novembre et en décembre. Les principales conclusions de ce rapport final reprennent et complètent ces documents. La première partie actualise les mesures d'écart tarifaire à partir des données 2004 et 2005. Elle a été conduite par Stéphanie Seydoux et par Pierre-Louis Bras avec l'appui statistique de Mme Liliane Salzberg, chargée de mission à l'IGAS. La seconde partie proposée par Pierre-Louis Bras détaille la problématique générale de la convergence. La troisième partie du rapport proposée par Pierre Aballea liste les facteurs potentiels d'écarts de coûts. Un tableau récapitulatif des recommandations et études proposées est joint en synthèse. La quatrième et dernière partie réalisée par Stéphanie Seydoux analyse le pilotage général du dossier des études sur la convergence par la DHOS. (résumé Bdsp)

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2006/064000080.pdf>