

La tarification à l'activité ou « T2A »

Dans le cadre global de la réforme relative à l'Assurance-maladie et à la politique d'évolution maîtrisée des dépenses de santé, il convient de réorganiser le système de santé à partir d'objectifs de qualité et d'accessibilité aux soins, et de corriger les inégalités de répartition des ressources entre les établissements hospitaliers publics et privés.

LE PROBLÈME POSÉ



La tarification à l'activité (T2A) est un nouveau mode d'allocation des ressources pour les établissements de santé publics ou privés.

Historiquement, la T2A, venue d'outre-Atlantique, est issue de la théorie d'économistes américains qui sont à l'origine du programme « Medicare », déployé aux Etats-Unis. Une théorie qui a inspiré le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en France : la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, oblige les établissements de santé publics et privés « à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité ». Dans le détail, l'analyse de l'activité pour le court séjour en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est fondée sur le recueil et le traitement d'informations médicales et administratives, contenues dans un document baptisé « résumé de sortie standardisé » (RSS).

> A SAVOIR

LE DIM (Département d'information médicale) ENTRE EN JEU

Le service du département d'information médicale (DIM), qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous l'autorité d'un médecin. Le coût du séjour hospitalier est obtenu en additionnant l'ensemble des coûts rapportables au séjour :

- ▶ dépenses directes affectées au malade,
- ▶ dépenses d'actes médico-techniques,
- ▶ dépenses de séjour dans les différentes unités cliniques fréquentées,
- ▶ dépenses de restauration, blanchisserie, logistique et d'administration,
- ▶ dépenses de structures.

La classification française en groupes homogènes de malades (GHM) présente l'avantage de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité, en termes de caractéristiques médicales comme de durée – en forte corrélation avec le coût du séjour. Les données sont ensuite classées par groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin.

Au final, ce classement se traduit par la mise en place de tarifs par séjour.

En théorie, les avantages sont les suivants :

- le financement tient compte de l'activité ;
- les coûts sont maîtrisés (les établissements ont intérêt à se situer en dessous des tarifs) ;
- une concurrence par comparaison est, de fait, instaurée.

CE QUI FAIT DÉBAT



La quête d'harmonisation entre modes de financement public/privé figurait déjà dans la loi sur la réforme hospitalière, en 1970... Pourquoi aucune concrétisation n'a-t-elle été possible en plus de 30 ans ?

La T2A se traduit par la mise en place de tarifs par séjour, tarifs fixes calés à l'avance. Les avantages décrits par la théorie économique sont de trois ordres : **le financement tient compte de l'activité, les coûts sont maîtrisés, une « concurrence comparative » est instaurée.**

Seul inconvénient admis par ces mêmes économistes : le risque de sélection des activités sur la base du rapport tarif/coût.

> A SAVOIR

LE LANGUEDOC-ROUSSILLON EST RÉGION PILOTE DÈS 1994

L'utilisation des informations issues du PMSI à des fins de réallocation budgétaire a été expérimentée en Languedoc-Roussillon, dès 1994. Une expérimentation étendue à l'ensemble du territoire, via la circulaire du 10 mai 1995, avant que l'ordonnance du 24 avril 1996 ne donne une assise légale au système. Enfin, par la circulaire du 6 août 1996, le directeur des hôpitaux expliquait aux DRASS et aux DDASS pourquoi et comment utiliser le PMSI lors du budget 1997. But poursuivi ? Réduire les inégalités de moyens entre régions et, à l'intérieur de chaque région, entre établissements.

A ce jour, aucune expérience concrète n'a été achevée et, même aux USA (où la tarification à la pathologie est une règle), le système est en constante évolution. Surtout, les objectifs poursuivis par les différents pays se référant, dans le monde, à la T2A sont hétérogènes : incitation à une augmentation d'activité pour satisfaire la demande, amélioration de la productivité, maîtrise de l'évolution des dépenses, etc.

De fait, quel est l'objectif poursuivi : l'harmonisation du financement de l'activité des hôpitaux et des cliniques est-elle un but en soi ? La sortie de la « boîte noire » du budget global doit-elle permettre de soigner partout au même prix, voire dynamiser la gestion ou développer la qualité ? Les objectifs n'étant pas hiérarchisés, la T2A ressemble plus à la panacée qu'à un outil opérationnel...

LA POSITION DE LA CFDT



Dans la phase de réflexion, toutes les composantes de la T2A devaient être suivies, et donc financées séparément, en particulier s'agissant des missions de service public et des honoraires des médecins.

Par la suite, le principe d'une tarification fondée sur les seuls coûts dits variables a été proposé. Il s'agit d'une conception erronée, politiquement dangereuse. Entrer dans un système de T2A, en se limitant à 20-25% du coût de l'activité, vide de tout son sens la logique de l'allocation des ressources. Plus grave : on accrédite l'idée selon laquelle les hôpitaux n'ont pas la maîtrise des 80% restants.

► **La proposition** en faveur des coûts « variables » consiste à doter les hôpitaux des crédits permettant de faire face à des augmentations de prix qui n'ont rien à voir avec la T2A (médicaments, énergie, etc.). La dérobade devant le principe de coût complet s'explique surtout par la crainte d'apparaître « plus cher » que le privé : une position claire s'impose.

► **Le système hospitalier français** est fondé sur la coexistence d'établissements publics et privés et, à l'intérieur de cette dernière catégorie, d'un secteur associatif : ils obéissent à des règles de gestion différentes et n'exercent pas tous les mêmes missions (notamment celles qualifiées de « service public »). Rien d'étonnant à ce que la prise en charge d'une même pathologie obéisse à un coût

différent : la privatisation des hôpitaux ou la nationalisation des cliniques n'est pas (encore) d'actualité...

➔ **Logiquement**, l'écart « en faveur » des cliniques s'explique principalement par les dépenses du personnel – moins nombreux, moins qualifié et, à qualification égale, moins bien rémunéré. Le réalisme voudrait donc que, dans un premier temps (sans doute assez long), on s'en tienne à un distinguo entre tarifs de l'hôpital public, tarifs de PSPH et tarifs de clinique commerciale.

➔ **L'énormité du chantier** « technique » qui entoure la mise en place de la T2A est bien réel, exemple : Comment va-t-on calculer les tarifs, alors que l'échantillon de référence (*) est réduit à la portion congrue ? Quels sont les établissements qui disposent d'un système d'information et d'une comptabilité analytique, les rendant capables de calculer les coûts de production de chacun de leur GHM ?

➔ **Restent deux noyaux durs** : une fois l'hétérogénéité des coûts constatée, laissera-t-on faire l'économie de marché ou s'engagera-t-on dans la voie contractuelle de la résorption des écarts ? Cette seconde solution est à souhaiter, à condition d'accepter que des écarts puissent subsister, dès lors qu'ils constitueront le prix à payer pour un juste accès à des soins de qualité.

(*) Établissements participant à la détermination de l'échelle nationale des coûts

CONTACT

Directrice de la Publication : Yolande Briand
Fédération CFDT santé-sociaux :
47/49, avenue Simon Bolivar - 75950 Paris CEDEX 19
Tél. : 01 56 41 52 00 - Fax : 01 42 02 48 08
E-mail : santesociaux@cfdt.fr
Internet : www.fed-cfdt-sante-sociaux.org
Impression : Imprimerie SIEP, Bois-le-Roi (77)
Mise en page : Dan Culcer, Service Édition