

# Financement des hôpitaux

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Ceci est la version corrigée de l'étude de cas.

## Étude de cas : Les évolutions des taux de réadmission à l'hôpital avant et après instauration de la T2A

### Consignes

#### A la lecture de l'article ci-dessous vous répondrez aux questions ci-dessous

1. Pourquoi peut-on craindre que l'introduction de la T2A se traduise par une augmentation des taux de réadmission à 30 jours ? Doit-on attendre la même évolution dans le secteur privé ?
2. Les évolutions du taux de réadmissions illustrées sur la figure 1 confirment-elles les effets attendus de la T2A ? Cela vient-il renforcer l'hypothèse d'un effet de la T2A sur le taux de réadmission ?
3. Quels sont les facteurs (autres que l'introduction de la T2A) qui peuvent expliquer les évolutions observées ? Comment interpréter la diversité des évolutions illustrées par la figure 2 ?
4. La tarification à l'activité introduit-elle des incitatifs favorisant la qualité des soins ? Comment peut-on imaginer de faire évoluer la tarification à l'activité pour favoriser la qualité des prises en charge ?

## Éléments de correction

1. La tarification à l'activité incite les hôpitaux à maîtriser leurs coûts. On peut alors craindre que les efforts de réduction des coûts ne se traduisent par une prise en charge dégradée des patients qui augmenterait le risque de réhospitalisation.

2. L'évolution à la hausse du taux de réhospitalisation est continue sur la période quel que soit le statut des hôpitaux même si l'évolution est plus marquée dans le secteur privé. On ne remarque pas de modification notable de l'évolution à partir de 2006. L'introduction de la T2A n'introduit pas de changement d'incitation pour les hôpitaux du secteur privé qui étaient rémunérés au prix de journée avant la réforme de la T2A. On s'attendait donc à une inflexion de l'évolution après 2006 pour le secteur public mais pas pour le secteur privé. Ce n'est pas ce qui est observé ce qui tend à réfuter l'hypothèse d'un effet délétère de la T2A sur les réhospitalisations. L'évolution soutenue du secteur privé peut s'expliquer par les évolutions d

3. Manifestement l'évolution à la hausse du taux de réhospitalisation peut avoir d'autres explications que celle des effets incitatifs de la T2A puisque cette évolution a commencé avant l'introduction de la T2A. Les causes possibles sont liées au vieillissement de la population qui se traduit par l'hospitalisation de patients plus fragiles et plus à risque de réhospitalisation. Par ailleurs, comme l'illustre le cas des interventions pour le traitement de la cataracte l'évolution des prises en charge peut expliquer le taux de réhospitalisation sans que la qualité des prises en charge soit en jeu.

4. La tarification à l'activité lie directement le budget de l'hôpital à son activité. Elle introduit ainsi une concurrence entre hôpitaux. Chaque hôpital doit attirer le maximum de patients pour maximiser son budget. La qualité des soins joue sur la notoriété des hôpitaux et donc sur leur attractivité. En ce sens la T2A est incitative à la qualité. Cela dépend bien sûr de la réalité de la concurrence (du nombre d'hôpitaux différents sur le territoire) et du niveau d'informations des patients. Il est sinon possible d'adjoindre à la tarification à l'activité un paiement à la qualité qui viendra par exemple intéresser financièrement les hôpitaux dont le taux de réhospitalisation est bas.

## Énoncé

La Drees (Yilmaz et al, 2015) a étudié l'évolution des taux de réadmission à 30 jours après un séjour chirurgical sur la période 2002 à 2012 par statut de l'établissement (figure 1). Nous rappelons que la T2A a été progressivement déployée à partir de 2006. Nous rappelons également que les

hôpitaux publics étaient financés par budget global avant la T2A et les hôpitaux privés au prix de journée. Le taux de réadmission est souvent considéré comme un indicateur de qualité des soins, plus il est élevé plus la qualité de la première prise en charge est questionnable.

La figure 2 ci-dessous rend compte de l'évolution des taux de réadmission (hôpitaux privés et publics confondus) sur la même période par grands pôles d'activité. Les auteurs précisent que la prise en charge en chirurgie ophtalmologique a connu des évolutions fortes sur la période avec le développement de la chirurgie ambulatoire pour la cataracte (possibilité d'opérer les deux yeux en deux interventions dans le même mois).

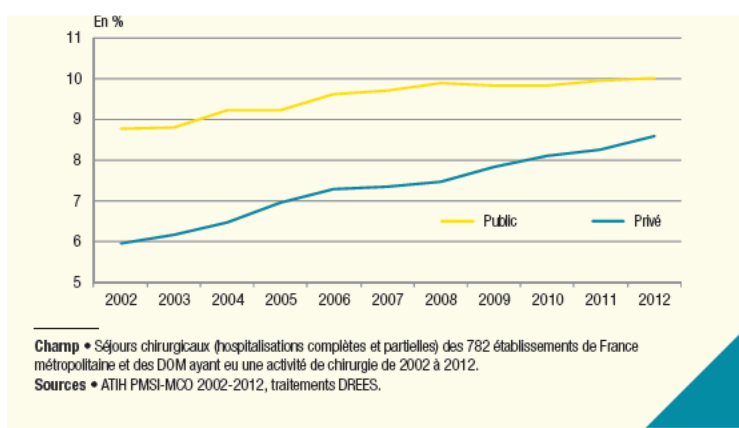


Figure 1 : Evolution du taux de réadmission selon le statut de l'établissement

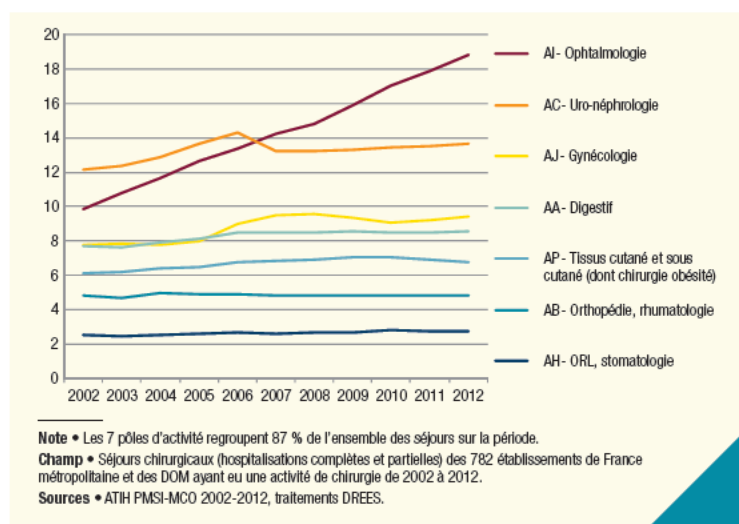


Figure 2 : Evolution du taux de réadmission selon le pôle d'activité

## Références

Bardey D., Cremer H., Lozachmeur J-M. (2012), *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, vol. 12(1), pages 1-31, November 2012.

Burnel P. (2017), « L'impact de la T2A sur la gestion des établissements publics de santé », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35(2), 2017, p. 67-79.

Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E. (2014), « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Insee Analyses*, n° 15, Insee, janvier 2014.

Cour des Comptes (2023), *Les établissements de santé publics et privés : entre concurrence et complémentarité*, Octobre 2023.

Dormont B., Milcent C. (2004), *The sources of hospital cost variability*, *health economics*, 3, p. 927-939.

Dormont B., Milcent C. (2012). Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire, *Économie et Statistique*, vol. 455(1), pages 143-173.

Gaynor M., Moreno-Serra R., Propper C. (2013). Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service, *American Economic Journal: Economic Policy*, American Economic Association, vol. 5(4), pages 134-66

Mougeot, M, Naegelen, F (2014). La tarification à l'activité : une réforme dénaturée du financement des hôpitaux. *Revue française d'économie*, 2014/3 Volume XXIX. pp. 111-141.

Pouvoirville, G (2009). Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas La mise en œuvre de la tarification à l'activité. *Revue économique*, 2009/2 Vol. 60. pp. 457-470.

Schleifer A. (1985), *A theory of yardstick competition*, *Rand Journal of Economics*, 6 (3), p. 3 9-328.

Yilmaz E. et Frikha S. (2012), *Les hôpitaux publics ont amélioré leur efficience entre 2003 et 2009*, *Le Panorama des établissements de santé – édition 2012*, DREES.

## Comment citer ce cours ?

Economie de la santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunege.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

## Figures

Figure 1 : Evolution du taux de réadmission selon le statut de l'établissement..... 3

Figure 2 : Evolution du taux de réadmission selon le pôle d'activité ..... 3