



UNIVERSITÉ PARIS 1

**PANTHÉON SORBONNE**

---

# **Le financement des établissements de santé par la Tarification à l'Activité : impasses et pistes de solutions**

**Isabelle HIRTZLIN**

**Centre d'Économie de la Sorbonne**

**Université de Paris 1-Panthéon-Sorbonne**

*Journée du Journal d'Économie et Gestion Médicale  
20 octobre 2017 - Paris*

# Historique

- **Mise en place du financement par DRG aux USA dès 1983 par l'assurance santé fédérale Medicare**
- **Extension progressive en Europe de l'ouest dans les années 90 (HRGs, GHM, G-DRG, Nord DRGs...).**
- **Quelques poches « *de résistance* » : Belgique et Canada notamment.**

# Principes théoriques

- **Un financement « *cost based* » basé sur l'éventail de cas de l'établissement,**
- **Coût calculé comme la moyenne de celui de tous les établissements pour un DRG,**
- **Un mécanisme d'incitation économique sous jacent : la concurrence par comparaison « *yardstick competition* »**

# Utilisation en France

- **Généralisation du financement des activités de soins MCO par GHM-GHS en 2008,**
- **Extension avec des échelles spécifiques.**
  - à l'Hospitalisation à Domicile (HAD),
  - au Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) en 2016
  - à la psychiatrie (en projet, calcul ENC en cours).

# Méthodologie de calcul des coûts

- **Coût moyen national du séjour par GHM calculé**
  - sur la base des informations extraites de la comptabilité analytique hospitalière:
  - de 127 établissements volontaires (sur 3000) pour la campagne 2017,
  - Échelle ENC comporte 4 niveaux de sévérité,
  - Méthodologie identique établissements publics-privés mais deux grilles tarifaires,

# Calcul des tarifs (GHS)

- **Basé sur les coûts de l'ENC,**
- **Modulés par :**
  - la contrainte macroéconomique fixée par l'ONDAM,
  - les objectifs de santé publique,
  - les modifications souhaitées dans les pratiques (ex. développement de la chirurgie ambulatoire).

# Un modèle à bout de souffle

- **Rapports à l'étranger depuis 2008 (USA, UK),**
- **En France (2012-16)**
  - Sénat,
  - IGAS
  - IGF
  - FHF
  - Rapport Véran

# Limites identifiées

- **mécanisme tarifaire favorisant l'augmentation des volumes (approche recettes),**
- **encadrement macro-économique trop uniforme,**
- **absence de prise en compte de l'organisation,**
- **approche gestionnaire et statistique plus qu'économique (dynamique et incitatif),**
- **absence de prise en compte de la qualité des soins dispensés et du parcours patient,**
- **éloignement progressif du principe théorique d'incitation.**

# Pistes de solutions

- Réintroduire une réelle dimension économique dans le calcul des tarifs (dynamique d'échelle et gammes),
- Calculer les coûts des pratiques de qualité (best practice tariff).
- Envisager le paiement au parcours patient (bundled payment),
- Modifier la formule de calcul des tarifs (prise en compte des coûts de l'établissement dans la formule).  $P_i = B_t + r ( B_i - B_t )$



UNIVERSITÉ PARIS 1  
**PANTHÉON SORBONNE**

---