



HAL
open science

Chemins sinueux de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)

Maxence Thollet

► To cite this version:

Maxence Thollet. Chemins sinueux de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). *Infomed*, 2020, *Systèmes de santé*, 1 (6), pp.2727-4047. <hal-02876955>

HAL Id: hal-02876955

<https://hal.science/hal-02876955v1>

Submitted on 1 Jul 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY 4.0 - Attribution - International License

Chemins sinueux de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A)

Maxence THOLLET



Résumé: La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) n'a pas été un long fleuve tranquille, puisqu'elle aura demandé plus de 20 ans de travail. La mise place de la T2A est tardive par rapport aux autres pays du monde, mais elle est radicale, car on est passé d'un budget global à un financement à l'activité à 100%. Aux États Unis, le financement à l'activité touche uniquement les séjours des patients du programme Medicare.

Mots-clés: tarification à l'activité, T2A, hôpital, système d'information hospitalier, système d'information, PMSI

HISTORY OF THE ACTIVITY-BASED COSTING IN FRENCH HOSPITALS

Abstract: The introduction of activity-based costing (T2A) has not been a long quiet river, as it will have taken more than 20 years of work. The introduction of T2A is late compared to other countries in the world, but it is radical, as we have moved from a global budget to 100% activity-based financing. In the United States, activity-based funding only covers stays for patients in the Medicare program.

Keywords: activity-based costing, T2A, hospital, hospital information system, information system, PMSI

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) n'a pas été un long fleuve tranquille, puisqu'elle aura demandé plus de 20 ans de travail. La mise en place de la T2A est tardive par rapport aux autres pays du monde, mais elle est radicale, car on est passé d'un budget global à un financement à l'activité à 100%. Aux États Unis, le financement à l'activité touche uniquement les séjours des patients du programme Medicare. Le case-mix de patients affectés est relativement faible par rapport au cas français.

Une réforme en deux étapes

Le PMSI et la T2A ont commencé à être travaillés à partir de la mise en place de la dotation globale, fixant un « budget global ». Mis en place en 1983, la dotation globale de financement n'est en réalité mise en œuvre qu'en 1987. 14 années de travail auront été nécessaires à l'élaboration de la dotation globale. Les dépenses hospitalières représentent à l'époque de son instauration 60% des dépenses de santé. Dans un objectif de réductions des dépenses hospitalières est instaurée la dotation globale de financement avec le mécanisme du taux directeur. Les taux directeurs évoluent chaque année, mais sont en moyenne de 7 % de croissance par an, mais en réalité il était très facile d'obtenir des ressources supplémentaires et donc le mécanisme du taux directeur a encouragé les établissements de santé les plus dépensiers au lieu d'encourager les plus vertueux. Car la dotation globale fonctionnait en fonction des dépenses de l'année précédente en rajoutant les 7% du taux directeur. À la mise en place de la dotation globale de financement, le budget associé à chaque établissement de santé était fixé sur les recettes du mode de financement au prix de journée. Les établissements les plus dépensiers ont été récompensés.

L'objectif du budget global est de limiter les dépenses hospitalières. Dans cet objectif le taux directeur permet des dépenses plus faibles qu'auparavant et un contrôle qui devient plus strict et qui oblige les établissements de santé à réguler leurs dépenses, leurs coûts par rapport à leurs recettes qui est déterminé sont donc déterminées a priori. On peut déterminer alors des effets pervers de ce système. Premièrement, les établissements de santé qui étaient dans une perspective vertueuse de gestion des dépenses sans faire de surcoût ont été pénalisés. Les hôpitaux ont donc renvoyé les patients vers la médecine de ville pour réaliser des actes techniques ailleurs qu'à l'hôpital, car l'hôpital n'avait plus les ressources pour les prendre en charge.

On peut donc dire que le budget global n'a pas résolu les problèmes des dépenses de santé. Cependant il a permis de sortir de financement au prix de journée c'est-à-dire un financement a posteriori. Un financement qui était inflationniste. Jean de Kervasdoué disait que payer l'hôpital à la journée, c'est reconnaître que l'hôpital ne sait pas soigner. Car reconnaître à l'hôpital uniquement sa fonction d'hospice, d'accueil d'hébergement et non sa fonction de soin paraît absurde.

En parallèle de l'instauration du budget global, on remarque des textes qui introduisent le programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Il permet après le codage de pathologie, les diagnostics principaux et associés, les actes réalisés, regroupent un ensemble de séjours hospitaliers en groupe homogène de malade (GHM). Le ministère de la Santé établit les tarifs à partir des GHM qui deviennent alors GHS. On comprend alors avec une analyse rétrospective que le budget global dès sa mise en place un moyen de financement mort-né. Le programme de médicalisation des systèmes d'information est une idée qui a mis 20 ans à aboutir, la dotation globale de financement aura été donc un interlude qui aura permis d'établir le prochain moyen de financement qui est la tarification à l'activité.

Jean de Kervasdoué, considéré comme le père du PMSI va être nommé à la direction des hôpitaux du ministère de la Santé. Après son retour des États-Unis après avoir soutenu une thèse sur une innovation dans les hôpitaux américains il a invité Robert Fetter en 1978. Robert Fetter est le créateur du système de DRG qui va être le premier système de groupe homogène de malade. À partir des travaux de Robert Fetter, Jean de Kervasdoué va établir la possibilité de mise en place du système de DRG en France. Le système de DRG est adapté aux systèmes de santé français et dès 1982 les hôpitaux sont appelés à expérimenter ce nouveau mode basé sur l'analyse de l'activité des hôpitaux.

À partir de 1989 le PMSI va être mis en place pour tous les établissements publics de santé. Seule la médecine chirurgie obstétrique et odontologie est concernée. Les soins de suite et réadaptation le seront en 1997 et puis la psychiatrie en 2001. La mise en place du PMSI, antérieur à la T2A a permis la mise en place progressive de la tarification à l'activité. La loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 du financement de la sécurité sociale pour 2004 (art. 22 à 34) met en place la tarification à l'activité (T2A). Elle marque une rupture dans le mode de financement des hôpitaux : on passe d'une logique de moyens à une logique de résultats, car dès à présent les hôpitaux sont financés via leur activité. Les recettes des établissements de santé sont maintenant

généérées par le niveau d'activité.

Depuis 1983 à 2003, la mise en place de la T2A n'a pas été un long fleuve tranquille, car il aura fallu non sans mal plus de 20 ans pour y parvenir. En revanche, sa mise en place est presque totale, car en 2007 la T2A représente 50% du budget des hôpitaux publics et 100% en 2008.

Références bibliographiques

J. de Kervasdoué, « Histoire du PMSI », conférence invitée, Adelf, 22 avril 2010 (disponible sur : www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcaml/conference_invitee_histoire_du_pmsi_jean_de_kervasdoue.5840)

J. Mistichelli, « Diagnosis related groups (DRGs) and the prospective payment system: forecasting social implications », Bioethics Research Library, Scope Note 4, June 1984.

Lakatos, Histoire et méthodologie des sciences, PUF, coll. Bibliothèque d'histoire des sciences, 1994 (éd. originale 1986).

R. Busse, A. Geissler, A. Aaviksoo, F. Cots, U. Häkkinen, C. Kobel, C. Mateus, Z. Or, J. O'Reilly, L. Serdén, A. Street, S.S. Tan, W. Quentin, « Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? », British Medical Journal, 7 (346), 3197, 2013 (doi: 10.1136/bmj.f3197).