

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables?

Réflexions sur une convergence tarifaire

Zeynep Or*, Thomas Renaud, Laure Com Ruelle

*Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
Paris, France*

(*) or@irdes.fr

CEPREMAP- Paris, 4 octobre 2011

Introduction

www.irdes.fr

Le principe de la T2A

Fonder le financement des établissements sur leur activité, décrit par Groupes Homogènes de Séjours (GHS)

Réduire les différences de coûts entre les établissements pour une même prestation

Hypothèse sous-jacente : cette variabilité des coûts entre les hôpitaux est due à des niveaux d'efficacité différents dans le processus de production de soins et que les établissements ont ainsi une capacité à réduire leurs coûts marginaux en améliorant leur productivité

En général, un tarif pour un GHS ; les tarifs reflètent les coûts moyens des établissements par GHS (possible de faire autrement)

Question

Existe-il une hétérogénéité incompressible entre les différents types d'établissements qui génère d'inévitables différences de coûts ?

Une tarification à deux échelles est-elle justifiable ?

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Contexte français

www.irdes.fr

Le processus de fixation des tarifs

Public : coût complet calculé à partir de l'ENCC (55 ex-DG et 44 ex OQN en 2007 ; 52 ex-DG et **17 ex OQN** en 2009)

Privé (lucratif) : Exclut les honoraires médicaux (y compris les actes de biologie et de radiologie)

Le convergence tarifaire est un **élément central** de la réforme du financement des établissements de santé pour réduire les différences de ressources constatées entre les établissements présentant le même type d'activité

Tarifs public est 1,8 fois les tarifs privés après réintégration des honoraires et dépenses de radiologie/biologie (IGAS, 2006)

L'écart des tarifs est très dépendant de la référence de l'activité sur lequel son évaluation est basée: entre 40 et 30 % HCAAM (2006) ; entre 23 et 17 % (Rapport au Parlement 2010)

37 GHM ont été identifiés pour lesquels les tarifs du secteur privé sont supérieurs aux tarifs du secteur public (Rapport au Parlement 2010)

Convergence ciblée (PLFSS 2010) sur 35 GHM dans une perspective d'économies pour l'AM (ex. césariennes sans complication, nouveau nés de >2500g SC)

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Objectifs du présentation

www.irdes.fr

- Fournir quelques éléments théoriques sur les motifs de variations des coûts hospitaliers en synthétisant les principaux enseignements de la littérature
- Evaluation du marché hospitalier en France afin de comprendre les points de convergence et de divergence entre les établissements publics et privés

Politiques de paiement mal ajustées risquent de déstabiliser les établissements et peuvent affecter négativement l'accès aux soins hospitaliers ou compromettre la qualité du service, voire conduire à des soins inutiles au détriment de la collectivité

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Enseignements de la littérature économique

www.irdes.fr

Motifs des variations des coûts hospitalières

- La taille et la gamme d'activités (GHM) des établissements (économies d'échelle et de gamme)
- Différences de caractéristiques des patients pris en charge (*case-mix*)
- Facteurs de production qui sont propres aux établissements (*skill-mix*, plateau technique, grille de salaires ...)
- Facteurs exogènes qui ne sont pas contrôlables par les établissements (les prix, la structure du marché hospitalier local, etc.)
- Qualité des soins

Une partie des différences de coûts observées entre les établissements peut être justifiée puisque tous ces facteurs ne sont pas forcément contrôlables par les hôpitaux, notamment dans le secteur public (Keeler 1990 ; Malcomson 2009)

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Effet de taille

www.irdes.fr

Economies d'échelle : Il existe des économies d'échelle si les coûts moyens de long terme baissent à la suite d'une augmentation dans l'échelle de production

- La taille idéale d'un établissement ? 200 ? 300 lits ?
- Les coûts des hôpitaux varient en fonction de leur taille et les éventuelles économies d'échelles diffèrent selon le type d'établissement (Gaynor et Voght, 2000 ; Weaver et Deokalikar, 2003 ; Preyra et Pink, 2006)
- Les économies d'échelle ne persistent pas de manière continue : le coût marginal suit plutôt une courbe en « U » en fonction du volume de production

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Tailles d'établissement en nombre de lits

www.irdes.fr

		Nombre d'établissements	< 30 lits	30-99 lits	100-199 lits	200-349 lits	350 lits et plus
Privé ex-OQN	Etab. chirurgicaux	163	13%	77%	10%		
	Etab. médicaux	36	39%	44%	17%		
	Etab. Pluridisciplinaires	399	4%	43%	42%	11%	0%
	Ensemble privé	598	9%	52%	32%	7%	0%
Privé ex-DG	Etab. chirurgicaux	15	7%	93%			
	Etab. médicaux	32	50%	38%	13%		
	Etab. Pluridisciplinaires	102	12%	39%	32%	15%	2%
	Ensemble privé ex-DG	149	19%	44%	25%	10%	1%
Public	CHR/U	166	8%	17%	7%	11%	57%
	HL	254	94%	6%		0%	
	CH	574	13%	26%	22%	20%	18%
	Ensemble public	994	33%	20%	14%	13%	20%
Tous secteurs confondus		1 741	23%	33%	21%	11%	12%

Source: SAE 2006

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Profils bien distincts

www.irdes.fr

- 90 % des établissements chirurgicaux et 83 % des établissements médicaux à but lucratif ont moins de 100 lits
- 7 % des cliniques comptent plus de 200 lits, tandis que cette catégorie représente 38 % des centres hospitalier publics et 68 % des CHR/U
- 94 % des hôpitaux locaux (introduction de la T2A, en 2013) et 13 % des CH publics comptent moins de 30 lits ;
- Une grande variation de tailles au sein des CH également : 18 % ont plus de 350 lits et 13 % moins de 30
- Le « secteur public » n'est pas un ensemble homogène

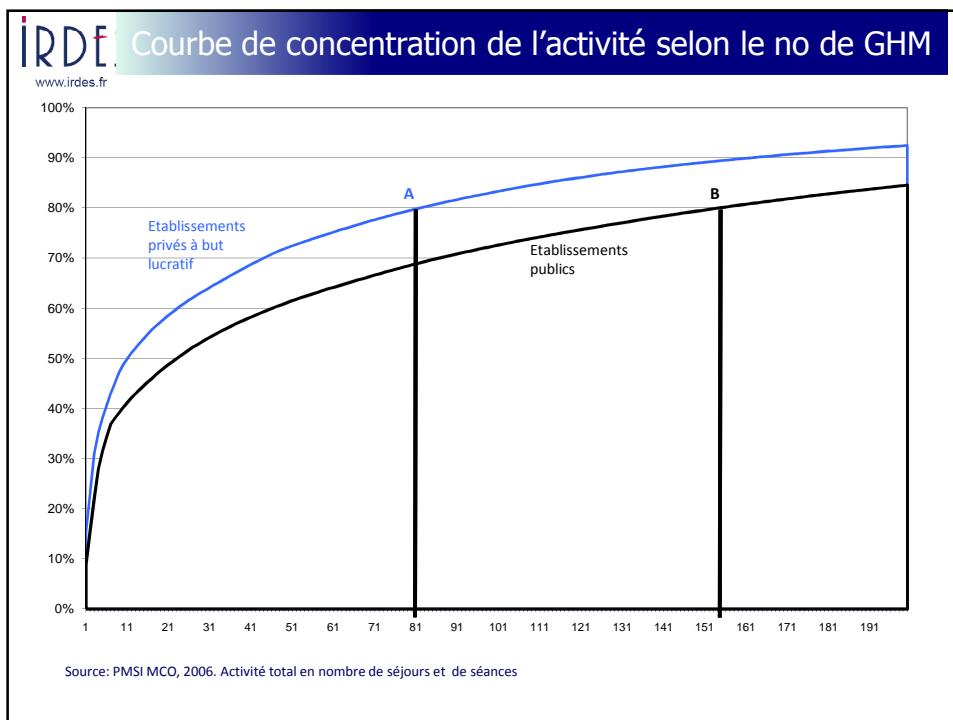
Qui ont des répercussions sur les coûts fixes/variables des établissements

Effet de gamme

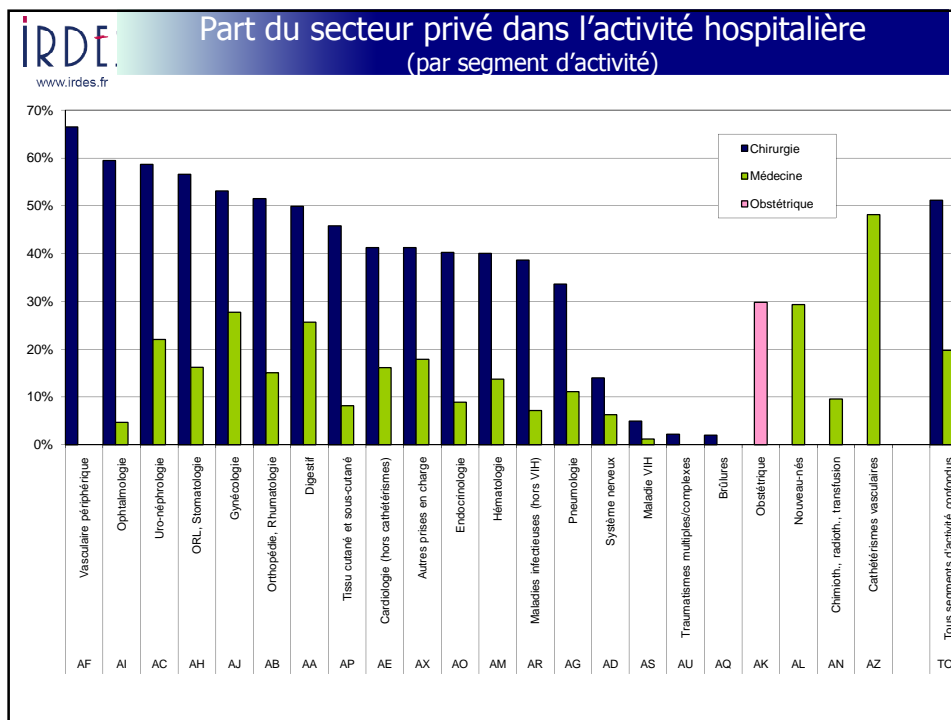
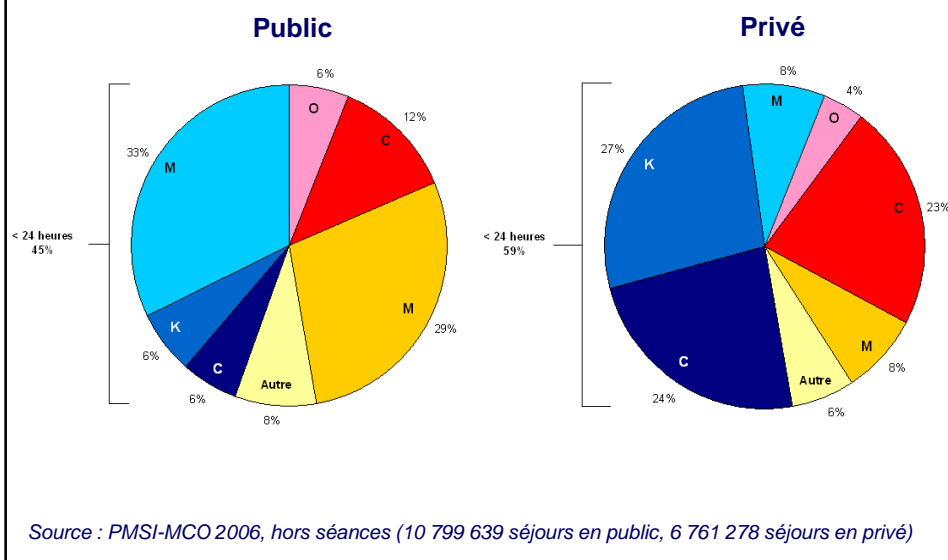
www.irdes.fr

Economies de gammes : la diversification de l'activité sur des produits soins similaires (en termes de plateau technique mobilisé) ou sur des soins complémentaires peut réduire les coûts moyens par séjour

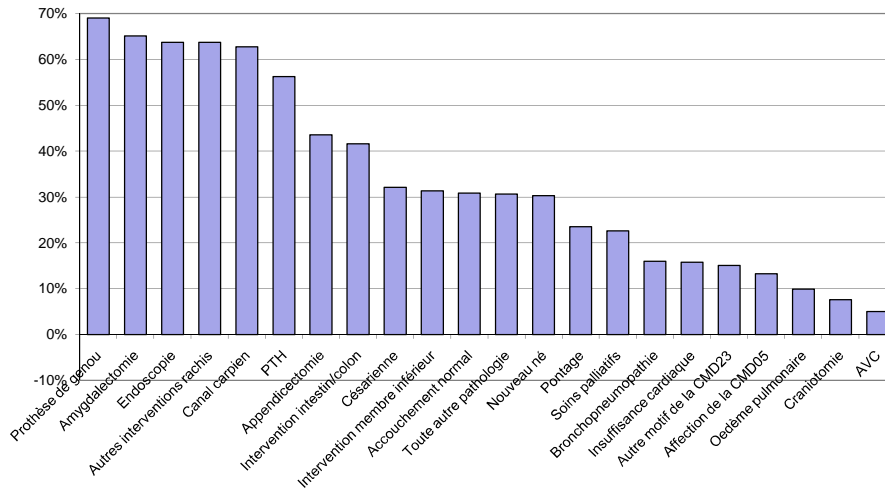
- Les établissements spécialisés sur certaines interventions ont des coûts moyens plus faibles (meilleure utilisation des ressources disponibles), que des établissements qui sont obligés de faire face à une multitude de patients présentant des situations cliniques très variées (Guterman, 2006 ; Greenwald *et al.*, 2006)
- Il existe peu de synergies pour la production conjointe des différentes disciplines médicales (Kerleau *et al.*, 2005) ; le coût moyen d'un séjour augmente avec le nombre d'unités médicales de l'établissement (Farsi et Filippini, 2008)
- La spécialisation dans certains types de prises en charge (programmées) - notamment chirurgies cardiaques, digestive et orthopédiques - est plus profitable (aux Etats-Unis)



Répartition de l'activité de court séjour 2006 public/privé



Part du secteur privé dans la prise en charge des différentes pathologies



Caractéristiques des patients (case-mix)

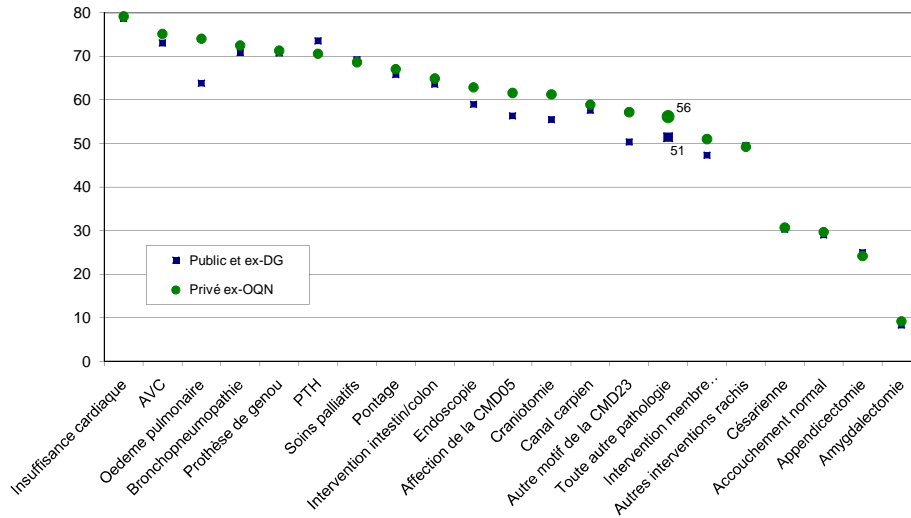
Principe : définir des « produits » hospitaliers homogènes en identifiant et en classant les différentes prestations fournies pour un même séjour/patient

- Retranscrire de manière fidèle et homogène la diversité des cas cliniques traités est extrêmement difficile (limites du raffinement des DRG)
 - Les variations de coût d'un patient à l'autre dans un même GHM ne constituent pas un problème en soi en T2A où les prix sont censés refléter un coût moyen
 - Mais, les patients ne sont pas distribués de manière aléatoire entre les hôpitaux : certains hôpitaux risquent de recevoir systématiquement des patients plus lourds et plus coûteux pour un même GHM
 - Variations intra-GHM expliquent environ 50 % des variations de coûts entre établissements (Lynk, 2001)
 - Les GHM les plus lourds qui présentent le plus de variations de coûts intra-GHM
 - Type d'établissement/mode d'hospitalisation sont utilisés aux Etats-Unis comme des marqueurs de la « gravité du cas » traité (Medicare modifie ses paiements en fonction des types d'établissement et des priorités d'accès aux soins)
- Exp. centres spécialisés en chirurgie ambulatoire (Ellis et Vidal-Fernandez, 2007)

Patients prise en charges

www.irdes.fr

Age moyen des patients pris en charge selon le secteur

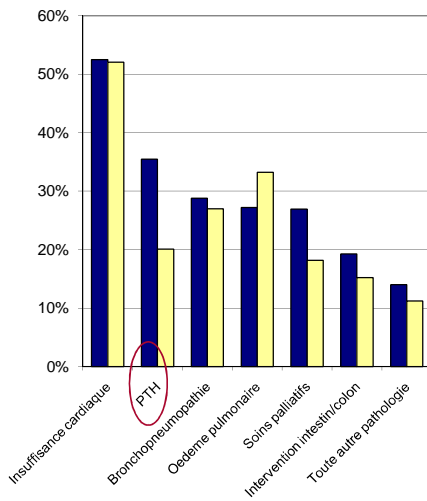


Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

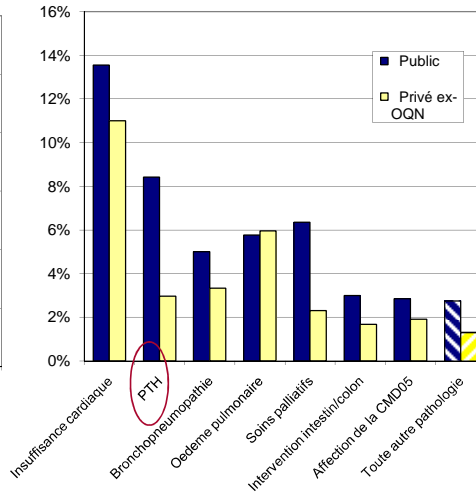
Proportion de patients âgés dans l'activité

www.irdes.fr

% des patients de plus de 80 ans



% des patients de plus de 90 ans



Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Case-mix : effet d'âge

1/5

www.irdes.fr

GRAPHIQUE 3

Prise en charge des gastro-entérites et affections du tube digestif par âge des patients en 2006 dans les secteurs public et privé à but lucratif



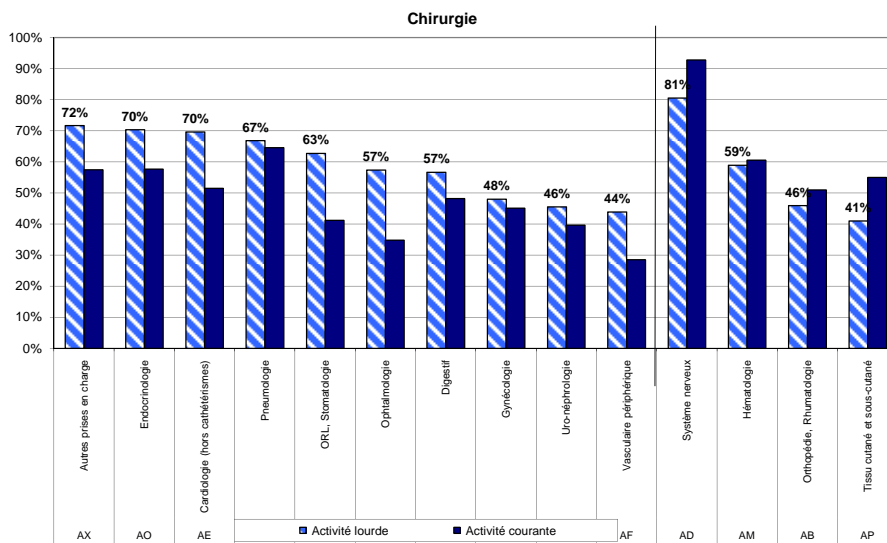
Note de lecture • Note de lecture : 95 % des gastro-entérites et affections du tube digestif des enfants de moins de 5 ans sont prises en charge par le secteur public, contre 1 % par le secteur privé à but lucratif.

Champ • France métropolitaine.

Sources • DHOS-DREES, PMSI-MCO 2006, données statistiques.

Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe: A Life-time Analysis – Nicolas Sirven & Zeynep Or (2010)

Part du secteur public dans le chirurgie lourde et courant (au sens de l'OAP)



Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe: A Life-time Analysis – Nicolas Sirven & Zeynep Or (2010)

Facteurs exogènes

www.irdes.fr

- Les hôpitaux publics évoluent dans un environnement contraint : ils ne sont pas en mesure de choisir leur lieu d'implantation, ni de contrôler leur recrutement de patients
- Les **prix de facteurs** de production : coût local de l'immobilier, disparités de niveaux de vie qui influent sur les salaires
 - En France : 30 % Dom Tom; 7 % IdF; 5 % Corse
 - EU, Australie, Allemagne coefficients qui s'appliquent aux zones rurales
- La **structure du marché** hospitalier dans lequel opère l'hôpital (Rosko, 1996)
 - Le bassin de population couvert (densité, précarité sociale)
 - Nombre d'établissements concurrents
- Certains facteurs qui ne sont pas contrôlables par les établissements publics le sont pour les établissements privés (composition du personnel médical, le niveau de salaire, gammes des soins produits)
- L'ensemble des règles de gestion hospitalière constituent des facteurs « plus contraignants » pour les hôpitaux publics ; ceci doit être pris en compte dans les comparaisons de coût et d'efficience entre secteurs (Carey *et al.*, 2007)

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Facteurs de production/ Qualité

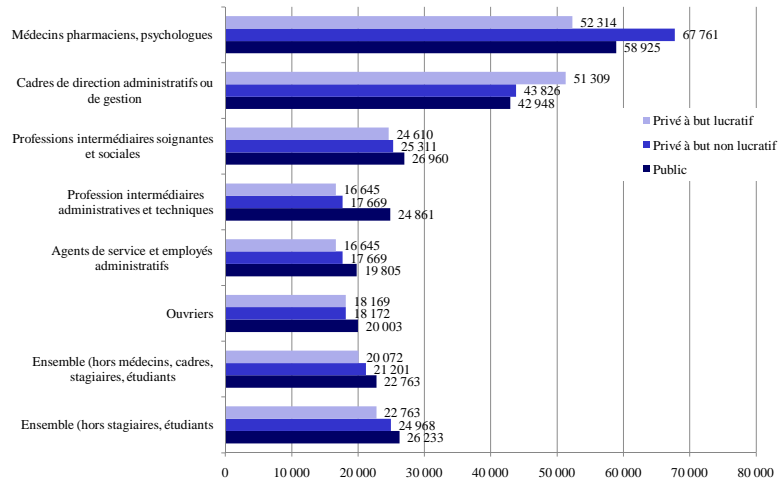
www.irdes.fr

- **Les salaires** représentent la composante la plus importante des coûts hospitaliers (deux tiers des coûts d'un séjour)
- Le coût salarial peut varier de manière significative en fonction du niveau de salaire moyen du secteur mais aussi de la composition de la masse salariale (*skill-mix*, qualification) et du niveau de technologie adopté dans l'établissement
- La densité de personnel par séjour serait déterminée directement par les soins fournis, ainsi que par les décisions concernant la qualité des soins
 - Obligations de service continu (anticipation des urgences, gestion des cas lourds) *versus* programmés
 - Soins médicaux *versus* chirurgicaux
- A l'activité équivalente, le niveau de qualification du personnel est parfois utilisé comme un indicateur indirect de la qualité et de la sécurité des soins ; les effectifs en personnels infirmiers sont corrélés positivement avec des bons résultats de soins (IOM, 2003 ; Needleman *et al.*, 2006)
- Il est difficile d'identifier les marges d'efficience existantes sans remettre en cause la qualité des soins fournis
 - en l'absence de visibilité et de contrôle de la qualité de soins, le régulateur n'est pas en mesure de différencier les comportements efficaces de réorganisation des pratiques illégitimes

Les écarts des coûts hospitaliers sont ils justifiables? Zeynep Or & Thomas Renaud (2009)

Salaires net annuels moyens en 2008 (ETP)

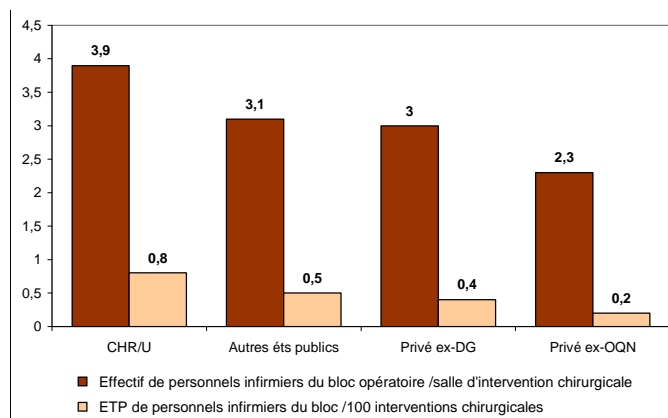
www.irdes.fr



Source: DREES, Le Panorama des établissements de santé, 2010

Densité de personnel par salle et par intervention

www.irdes.fr



Conclusions

www.irdes.fr

- Déterminer un niveau de prix (ou un tarif) optimal correspondant aux différentes activités hospitalières mesurées par groupe homogène de prestations (GHM) est un véritable défi
- Choix affiché actuellement en France, payer un tarif unique, basé sur les coûts moyens observés, et commun à tous les types d'établissements publics et privés peut se discuter
- Les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte les facteurs de production qui ne sont pas contrôlables par les établissements
- l'analyse de l'activité hospitalière montre qu'il existe un fort partitionnement des soins entre les secteurs public et privé
L'activité médicale, en particulier segments d'activité plus lourds et hétérogènes par nature, le secteur public réalise plus de 90 % de l'activité
- Il est nécessaire de veiller à ce que les mécanismes tarifaires introduits ne compromettent pas la capacité du système à fournir des soins complexes ni mettre en danger l'équité d'accès aux soins en fragilisant les établissements publics