

La T2A

Une standardisation de type industriel, mais non dénuée d'effets pervers

Didier CASTIEL
(CEPN – Université Paris Nord 13)

Introduction

- T2A : système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée
- Activité hospitalière décrite selon des GHM (ex : financement pour la pose d'une prothèse de hanche, plutôt que pour un patient soigné en orthopédie)
- Le GHM : différentes prestations de soins pour un même profil de patients
- Principe : une prestation donnée = un prix donné
- Prix de GHM définis à l'avance (paiements prospectifs) : prix fixés au niveau national (niveau local pour d'autres pays)

Une standardisation des soins

- Recette de l'hôpital dépend de son activité
- Elle augmente selon le nombre de patients traités :

$$R = \sum_i (Q_i \times P_i)$$

Plus le nombre de prestations Q augmente, plus la recette augmente pour un prix donné P (et pour les i prestations réalisées par l'hôpital)

- Entraîne une standardisation des soins (même prestations pour tous les patients subissant le même acte)

- Or, il existe une grande hétérogénéité des patients : elle est incompréhensible
- Si les patients sont différents : la façon de les soigner ne peut être uniforme (standardisation impossible)

Objectifs

- Convertir les actes médicaux en indicateurs uniques
- Agréger les séjours en un même groupe, au même tarif
- Offrir une même qualité pour une même pathologie
- Les soins de ne sont pas des biens homogènes : incommensurables alors que les GHM veulent les rendre commensurables
- Les séjours sont jugés équivalents

- Equivalence objective : les stratégies de soins sont protocolées et validées scientifiquement (Evidence based medicine) = normativité scientifique
- Variabilité des pratiques très limitée = recommandations de bonnes pratiques (en France)
- A chaque pathologie correspond une bonne façon de soigner
- Normalisation du coût de la bonne pratique = médecine industrielle

Conséquences

- Producteur exproprié de sa production
- On privilégie le standard sur la qualité
- Tous les soins ne sont pas standards : T2A occulte la majorité des soins et ne peut répondre aux besoins de la population

Des effets pervers

- Production d'actes coûteux rentrant dans la nomenclature
- Pression à l'examen inutile et chronophage pour le patient
- Tendance au surcodage (séjours plus rémunérateurs)
- Renvoi prématuré des patients à domicile ou vers d'autres structures

**limiter les coûts = les faire supporter par d'autres structures
(ou faire revenir le patient)**

- Minimisation de la valeur du temps non technique
- Ignorance des patients complexes (handicap social, pathologies multiples et/ou chroniques)
- Accentuation des inégalités sociales de santé

Des financements annexes

- Afin de corriger ces insuffisances, s'ajoutent des financements à part (M) :

$$R = \sum_i (Q_i \times P_i) + M$$

- M = Enveloppe MIGAC (prévention, recherche, enseignement, etc.)

Pour les séjours

- modulations temporelles : un supplément EXH pour chaque journée au-delà de la borne haute, une minoration EXB (par forfait ou par journée) lorsque le séjour est plus court que la borne basse définie pour le GHM. Ces modulations sont plus complexes qu'il n'y paraît car le choix du GHM est lui-même influencé par la durée de séjour. Ainsi, pour une racine de GHM donnée (par exemple les appendicectomies), le tarif versé peut être représenté en fonction de la durée de séjour et des CMA (Complication ou morbidité associée) ;
- suppléments journaliers dans le cas des prises en charge particulièrement lourdes dans des unités très spécialisées (réanimation, soins intensifs) ;
- suppléments payés à l'acte pour les séances d'hémodialyse et les séances de radiothérapie (lorsque justement le séjour n'est ni un séjour d'insuffisance rénale ni un séjour de cancer) ;
- certains dispositifs médicaux implantables (DMI inscrits sur la Liste des produits et prestations, LPP) ;
- certains médicaments onéreux (MO désignés en Unités communes de dispensation).

D'autres recettes entrent par ailleurs dans la T2A mais ne concernent pas les séjours d'hospitalisation MCO. Il peut s'agir par exemple :

- de la tarification des séjours en HAD (hospitalisation à domicile), avec les GHT ;
- de la tarification des actes et consultations externes (lettres clef, forfaits SE).

Autres forfaits

- Urgences Facturation d'un tarif au passage (ATU = Accueil et traitement des urgences)
- Forfait national identique partout
- Prélèvements d'organes et greffes : forfait annuel
- Forfait petit matériel (FFM) : pour des soins non programmés
- HAD
- ETC.

Et les besoins sociaux ?

- Il existe un forfait social qui s'ajoute au financement du GHM : limité, mal codé, quasi inexistant (ne s'applique pas à tous les GHM)
- Conduit à exclure du soins les exclus...

Conclusion

- L'hôpital se désengage de ses missions initiales
- Report sur d'autres structures ambulatoires, notamment pour les soins les moins rentables (centres de santé, médecine ambulatoire), comme l'accueil des plus démunis
- Pas de réponse aux besoins sociaux