



La tarification à l'activité a redirigé des séjours chirurgicaux des cliniques privées vers les hôpitaux publics sans augmenter l'activité totale

La tarification à l'activité (T2A) a été introduite graduellement entre 2004 et 2008 dans les hôpitaux publics ; elle était déjà en vigueur dans les cliniques privées. L'activité a augmenté dans les établissements concernés par la réforme ; néanmoins, il reste à savoir si cette hausse a résulté d'une augmentation de l'activité globale du secteur ou si l'activité a été redirigée des cliniques privées vers les hôpitaux publics.

Cette étude se concentre sur la chirurgie entre 2005 et 2008, une période qui permet une évaluation de la réforme. L'étude simule la situation qui aurait prévalu en 2005 si les incitations tarifaires liées à la T2A avaient été intégralement mises en place afin de pouvoir la comparer à la situation observée et d'en inférer l'impact causal de la T2A. La reconstitution de cette situation contrefactuelle nécessite en particulier de neutraliser les évolutions, observables ou non, inhérentes à la patientèle et à l'offre de soins.

La T2A aurait principalement redirigé des actes chirurgicaux des cliniques privées vers les hôpitaux publics, sans en créer davantage. Elle aurait bénéficié aux patients en permettant d'améliorer l'attractivité des hôpitaux publics. Néanmoins, cette amélioration aurait entraîné une augmentation substantielle de l'effort des établissements en direction de leurs patients, pouvant occasionner des coûts financiers ou non financiers.

Philippe Choné (Crest-Ensaie), Lionel Wilner (Insee-Crest)

Introduite à partir de 2004 pour l'activité de court séjour dans les établissements publics, la tarification à l'activité (T2A) a modifié en profondeur le mode de financement des **hôpitaux publics** (*encadré*) ainsi que des établissements privés participant au service public hospitalier. Déployée progressivement entre 2004 et 2008, la réforme a assis les budgets de ces établissements directement sur leur activité. Cette période permet d'évaluer la réforme, le mode de financement du secteur privé étant resté par ailleurs globalement inchangé. En outre, la répartition des capacités en chirurgie entre hôpitaux publics et cliniques privées est stable sur la période. Durant cette période, l'activité a augmenté

graduellement dans les hôpitaux publics, et davantage dans les zones où ils sont confrontés à une concurrence importante des cliniques privées [Choné et Wilner, 2013, 2014]. Sur le champ de l'étude, l'activité a ainsi augmenté de 8,6 % dans les hôpitaux publics, tout en diminuant de 0,7 % dans les cliniques privées (*figure 1*). Dans quelle mesure ces évolutions de l'activité chirurgicale sont-elles imputables à la mise en place de la T2A ? La T2A a-t-elle incité à réaliser des actes supplémentaires ou a-t-elle redirigé les actes existants des cliniques privées vers les hôpitaux publics ? Autrement dit, les incitations tarifaires générées par la T2A conduisent-elles à effectuer davantage d'actes ou

s'accompagnent-elles d'un transfert de patients entre les secteurs sans variation du volume global d'activité ?

La T2A a augmenté l'attractivité des hôpitaux publics, qui ont réalisé des soins en lieu et place des cliniques privées

Afin de répondre aux questions précédentes, il est nécessaire de reconstituer une **situation contrefactuelle** (*sources et méthodes*) qui aurait prévalu en 2005 si les incitations financières liées à la T2A avaient déjà été intégralement mises en place. La comparaison avec la situation effectivement observée en 2005 permet alors d'attribuer les

L'évolution des financements des hôpitaux publics et des cliniques privées

Avant 2004, les établissements à but non lucratif (les hôpitaux publics et des établissements privés participant au service public hospitalier) recevaient chaque année une enveloppe budgétaire appelée « dotation globale ». Introduite à partir de 2004 pour l'activité de court séjour dans ces établissements, la tarification à l'activité (T2A) a modifié en profondeur leur mode de financement. La réforme a assis les budgets de ces établissements directement sur leur activité, c'est-à-dire sur le nombre et les caractéristiques des séjours réalisés dans l'année. Afin d'en lisser les effets, la réforme a été déployée progressivement entre 2004 et 2008. La part du budget sous T2A a été graduellement portée de 10 % en 2004 à 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et finalement 100 % en 2008. Le reste du budget demeurait financé par une dotation annuelle complémentaire, dont l'importance diminuait sur la période de manière à compenser la hausse des revenus d'activité afin de neutraliser l'impact budgétaire de la T2A.

Jusqu'en 2004, les **cliniques privées** facturaient leurs prestations directement à l'assurance-maladie ; elles étaient remboursées sur la base de tarifs historiques, négociés avec leur agence régionale de l'hospitalisation, donc variables géographiquement. À partir de 2005, elles reçoivent un tarif unique, fixé nationalement, propre à chaque type de séjour. Leur budget était déjà entièrement lié à l'activité réalisée avant même la mise en place de la T2A. Néanmoins, contrairement aux hôpitaux publics pour lesquels la montée en charge de la T2A a été progressive, la tarification nationale a été appliquée dès 2005 à la totalité de l'activité des cliniques privées.

La période 2005-2008 analysée ici, durant laquelle le mode de financement du secteur privé à but lucratif est resté globalement inchangé, permet une évaluation de la réforme. Le champ de l'étude porte sur les actes de court séjour dans huit départements cliniques (*champ*). La répartition des capacités en chirurgie entre les hôpitaux publics et les cliniques privées est globalement stable sur la période. Selon les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, *sources et méthodes*), l'activité a augmenté graduellement entre 2005 et 2008 dans les hôpitaux publics, et davantage dans les zones où ils sont confrontés à une concurrence importante des cliniques privées [Choné, Wilner, 2013, 2014].

différences observées à la mise en place de la T2A.

Un des objectifs de la réforme était d'augmenter l'efficacité des établissements de santé. Les hôpitaux doivent intégrer leur niveau de pertes ou de profits dans leurs décisions ; la réforme tarifaire peut alors les inciter à augmenter leur activité, leurs ressources financières y étant directement liées. Ils peuvent également chercher à améliorer la qualité ressentie par les patients. Là encore, si la réforme permet de financer davantage de séjours et que cela répond à un besoin du côté des patients, l'activité des hôpitaux publics devrait augmenter en réponse à la nouvelle tarification. Afin de mener une évaluation causale de l'introduction de la T2A, une **modélisation structurelle** (*sources et méthodes*) prend ces aspects en compte et les quantifie. Elle permet notamment d'estimer et d'exprimer cette qualité perçue en équivalent-temps de trajet entre le domicile et l'hôpital.

Ces qualités perçues des établissements de santé, estimées à partir des choix effectués par la patientèle, sont très dispersées : leur **espace interquartile** représente entre 15 et 20 minutes de temps de trajet domicile-hôpital, selon la commune de résidence et le département clinique considérés. Cela signifie qu'un patient préférera se rendre dans un hôpital dont la qualité perçue est élevée (située dans le dernier **quartile**) plutôt que dans un hôpital dont la qualité perçue est faible (située dans le premier quartile), même si son temps de trajet augmente de 15 à 20 minutes. À titre de comparaison, le temps de trajet médian entre le domicile d'un patient et son hôpital était de 21,5 minutes sur la période et le champ considérés.

Par ailleurs, les interactions concurrentielles dans le secteur hospitalier sont des

compléments stratégiques : si un établissement augmente sa qualité perçue, ou encore son attractivité, il en va de même pour la plupart de ses concurrents. Lorsqu'un hôpital augmente son attractivité, ses plus proches voisins sont susceptibles d'augmenter la leur en retour jusqu'à 20 % de cette hausse, ce qui témoigne de l'intensité des interactions concurrentielles à l'œuvre dans ce secteur.

En outre, les incitations financières de la T2A expliqueraient entre la moitié et l'intégralité de l'augmentation de la part de marché des hôpitaux publics, selon les départements cliniques considérés. En orthopédie, par exemple, la part de marché du secteur public a augmenté de 41,6 % en 2005 à 42,8 % en 2008, soit une progression de 1,2 point ; les incitations financières seules rendraient déjà compte d'une augmentation de 1 point, soit environ 86 % de cette progression.

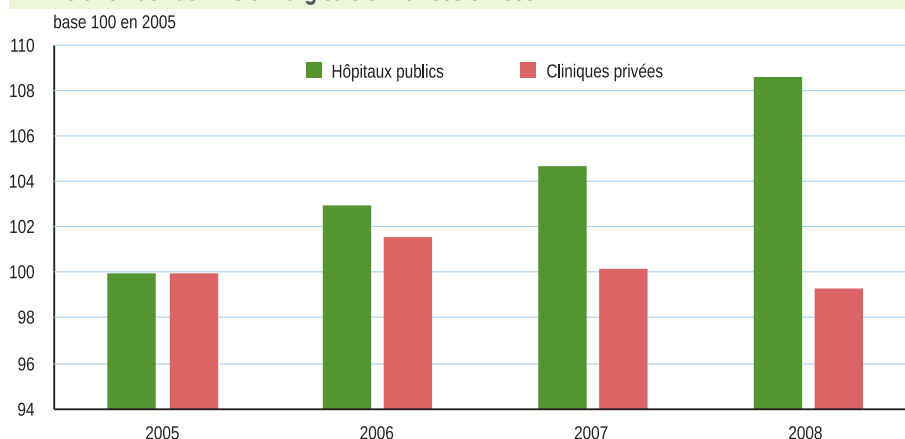
Finalement, la comparaison entre la situation contrefactuelle, dans laquelle les incitations

tarifaires liées à la T2A auraient été intégralement mises en place, et la situation observée en 2005, dans laquelle ces incitations n'étaient que partiellement mises en place, conduit à la conclusion suivante : dans la plupart des départements cliniques considérés, la mise en place de la T2A s'est accompagnée d'un transfert d'actes des cliniques privées vers les hôpitaux publics, sans surcroît notable du nombre d'actes (*figure 2*). Les incitations tarifaires générées par la T2A ont ainsi, globalement, conduit à rediriger des patients, sans augmentation de l'activité totale.

Des effets opposés sur les patients et sur les hôpitaux

L'amélioration de l'attractivité des établissements de soins, notamment des hôpitaux publics, mais également des cliniques privées en concurrence avec les précédents, aurait bénéficié aux patients. L'augmentation de la qualité perçue est exprimée en un gain

1 Évolution de l'activité chirurgicale entre 2005 et 2008



Champ : France métropolitaine, hors Corse.
Source : PMSI, 2005-2008.

2 Impact de la T2A sur l'activité

	Orthopédie	ORL, stomatologie	Ophtalmologie	Gastroentérologie	Gynécologie	Dermatologie	Néphrologie	Système circulatoire
Nombre d'hôpitaux	920	888	772	902	890	930	853	879
Nombre de séjours observés en 2005 (en milliers)	1 315	632	593	574	419	317	322	239
<i>Comparaison avec la situation contrefactuelle</i>								
Nombre de séjours contrefactuels (en milliers)	1 317	634	594	578	420	321	323	241
Évolution du nombre de séjours (en %)	0,2	0,3	0,2	0,6	0,3	1,2	0,3	0,7
Évolution du nombre de séjours (en milliers) - hôpitaux publics	14	9	6	18	7	15	4	5
Évolution du nombre de séjours (en milliers) - cliniques privées	-12	-7	-5	-15	-6	-11	-3	-4
Admissions redirigées vers les hôpitaux publics (en milliers)	13	8	6	16	7	13	4	5

Lecture : en orthopédie, si les incitations financières liées à la T2A avaient été intégralement mises en place en 2005, le nombre de séjours aurait été plus élevé de 0,2 %.

Champ : France métropolitaine, hors Corse.

Source : PMSI, 2005-2008. Estimations des auteurs.

équivalent de temps de trajet entre domicile et hôpital. Tout se passe comme si la distance domicile-hôpital, à service égal, avait été réduite (figure 3) : en orthopédie, par exemple, ce gain de temps équivalent aurait été d'au moins 2,6 % dans la moitié des communes de résidence.

En revanche, si l'effet direct de la T2A sur les recettes totales des établissements a pu être limité par l'évolution concomitante de la part fixe (celle-ci diminuant chaque année entre 2005 et 2008 de manière à compenser approximativement les ressources supplémentaires générées par l'activité), la T2A a entraîné une hausse substantielle de l'effort de ces établissements en direction de leurs patients, pouvant occasionner des coûts financiers ou non financiers. Cet effort supplémentaire peut être estimé, en moyenne annuelle sur la période 2005-2008, entre 4,4 % et 9,1 % des revenus d'activité d'une année pleine (figure 4). ■

Sources et méthodes

Données

Cette étude s'appuie sur les données administratives exhaustives issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et collectées par l'Agence technique d'information hospitalière (ATIH), qui recensent l'intégralité des séjours dans les établissements de santé en France. L'analyse se fonde sur une agrégation de données individuelles renseignant chaque séjour effectué au sein d'un hôpital dans un groupe homogène de malades (GHM). Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) portant sur les caractéristiques des hôpitaux et des cliniques (capacité, personnel et équipements) sont également mobilisées. Enfin, un appariement est réalisé avec des données sociodémographiques issues du recensement au niveau communal, et des sources fiscales, afin de tenir compte de la structure de la population, de son évolution et de son revenu.

3 Impact de la T2A sur les patients - Comparaison avec la situation contrefactuelle

	Gain équivalent de temps de trajet (en %)	
	Médiane	P90
Orthopédie	2,6	7,5
ORL, stomatologie	2,9	10,4
Ophtalmologie	2,3	7,9
Gastroentérologie	10,8	31,8
Gynécologie	5,8	16,6
Dermatologie	17,4	42,5
Néphrologie	4,2	15,5
Système circulatoire	6,8	23,2

Lecture : en orthopédie, tout se passe comme si la T2A avait permis un gain de temps de trajet du domicile à l'hôpital de 2,6 % (respectivement 7,5 %) dans la moitié (respectivement 10 %) des communes de résidence au moins.

Champ : France métropolitaine, hors Corse.

Source : PMSI, 2005-2008. Estimations des auteurs.

4 Impact de la T2A sur les hôpitaux - Comparaison avec la situation contrefactuelle

	Nombre d'hôpitaux publics	Nombre de cliniques privées	Augmentation de l'effort (en % des revenus annuels d'activité, en moyenne sur 2005-2008)	
			Hôpitaux publics	Cliniques privées
			Orthopédie	417
ORL, stomatologie	400	488	5,5	3,5
Ophtalmologie	303	469	4,4	1,4
Gastroentérologie	415	487	8,6	5,8
Gynécologie	404	486	7,4	4,3
Dermatologie	421	509	9,1	5,4
Néphrologie	395	458	5,9	4,2
Système circulatoire	406	473	5,3	2,9

Lecture : la T2A n'a pas eu d'impact budgétaire direct sur les recettes ; néanmoins, en orthopédie, elle aurait engendré une augmentation de l'effort des établissements en direction de leurs patients équivalente à 6,4 % des revenus annuels d'activité, en moyenne entre 2005 et 2008, dans les 417 hôpitaux publics concernés.

Champ : France métropolitaine, hors Corse.

Source : PMSI, 2005-2008. Estimations des auteurs.

Champ

Le champ de l'étude est l'ensemble des admissions réalisées entre 2005 et 2008 en chirurgie, couvrant les huit principaux départements cliniques (orthopédie, ORL-stomatologie, ophtalmologie, gastroentérologie, gynécologie, dermatologie, néphrologie et système circulatoire), en France métropolitaine, hormis la Corse, hors hôpitaux locaux. Il regroupe environ 4,5 millions de courts séjours par an effectués dans 942 établissements de santé : 423 hôpitaux publics ou privés à but non lucratif et 519 cliniques privées à but lucratif. En utilisant la version v10c de la classification des groupes homogènes

de malades (GHM), constante au cours de cette période, ces données sont agrégées en 3 576 566 observations sur la période 2005-2008, correspondant à des quadruplets (commune du patient, hôpital, département clinique, année) dans 885 421 unités de demande définies par un triplet (commune du patient, département clinique, année).

Une modélisation structurelle pour évaluer les effets de court à moyen terme de la T2A

La méthodologie de cette évaluation *ex post* de l'introduction progressive de la T2A dans

le paysage hospitalier à but non lucratif entre 2005 et 2008 est détaillée dans [Choné, Wilner, 2019]. Un modèle structurel permet de distinguer l'effet propre à chaque composante sur l'évolution de l'activité : les incitations tarifaires, les préférences de la patientèle, les préférences des établissements de soins, des chocs agrégés nationaux affectant l'ensemble du secteur hospitalier, des chocs locaux de demande et des chocs propres à chaque hôpital. L'approche retenue comporte ainsi :

– un modèle de demande faisant dépendre les choix d'établissements de soins des préférences des patients, du temps de trajet entre le domicile et l'établissement hospitalier et des « utilités » procurées par chaque établissement. À partir de l'évolution observée des parts de marché au niveau communal, le modèle permet d'inférer ces utilités qui s'interprètent comme une « attractivité » ou encore une « qualité perçue » des soins dans l'établissement ;

– un modèle d'offre reflétant les choix des établissements de soins quant à la qualité et la quantité des actes qu'ils proposent. En s'appuyant sur les utilités estimées précédemment, le modèle permet d'inférer les préférences des établissements de soins. Ces dernières incluent une partie financière liée à leurs revenus ainsi qu'une mesure de l'effort global en direction des patients, fonction du volume d'activité et de l'utilité offerte aux patients. Cet effort global a pu occasionner des coûts supplémentaires, financiers ou non financiers (efforts organisationnels notamment) ;

– une évaluation de l'ajustement du modèle au moyen d'une décomposition de l'évolution de l'activité constatée entre 2005 et 2008 (soit une quantification de la part expliquée par chacune des composantes évoquées *supra*) ;

– une simulation de l'activité contrefactuelle qui aurait prévalu dans le cas où les incitations tarifaires liées à la T2A auraient été intégralement mises en place en 2005, à environnement inchangé (en l'absence de changement relatif aux choix de la patientèle, en l'absence de choc affectant le comportement des établissements de soins et en l'absence de choc

sectoriel). Cette simulation permet, par comparaison avec la situation observée en 2005, une évaluation causale de l'impact de la T2A ainsi qu'une évaluation de l'impact des changements d'environnement.

L'identification du modèle de demande repose sur la variation des parts de marché au niveau local et sur la structure de choix retenue. L'identification du modèle d'offre repose sur la montée en charge graduelle de la réforme au cours des années 2005 à 2008, différenciée selon le secteur (le secteur à but lucratif étant déjà soumis à une tarification à l'activité, ses incitations tarifaires ayant été globalement inchangées sur la période) et sur une hypothèse de stabilité des préférences des établissements de soins sur la même période.

La modélisation s'appuie sur l'hypothèse que l'équilibre observé résulte d'une concurrence non tarifaire, ou encore d'une « concurrence en utilité », entre établissements de soins. Cette structure permet de s'affranchir de l'hypothèse que le secteur à but lucratif ne serait pas affecté par la T2A, hypothèse *a priori* critiquable puisque le secteur à but lucratif est en interaction avec le secteur à but non lucratif (le groupe directement traité par la politique publique). Cette approche permet ainsi de pallier la non-disponibilité d'un groupe de contrôle au moyen d'une hypothèse relative à la structure du marché, au prix d'hypothèses sur le comportement des agents. Elle permet encore de simuler une situation contrefactuelle en tenant compte des interactions concurrentielles à l'œuvre, ou en les omettant de manière à quantifier l'impact de la seule concurrence sur l'activité, les parts de marché, etc.

Limites de l'étude

Le champ est restreint à la chirurgie, ce qui permet de raisonner à structure de marché constante. Ce n'est pas le cas en obstétrique notamment : les cliniques privées se sont en effet retirées, en partie, de cette activité car elle est devenue moins rentable. De plus, un

mouvement amorcé dans les années 1970, dont le but est de rendre l'accouchement plus sûr, a conduit à fermer de nombreuses petites maternités, appartenant souvent au secteur privé.

L'étude ne se prononce pas sur les effets de long terme de la T2A : elle se concentre sur les effets de court à moyen terme. En outre, les coûts des établissements de soins ne sont pas observés. Enfin, l'étude ne comporte pas de préconisation normative.

Définitions

Deux groupes d'établissements sont considérés dans cette étude : les **hôpitaux publics** à qui on associe également les établissements de santé privés à but non lucratif (participant au service public hospitalier) et les **cliniques privées** qui correspondent aux établissements de santé privés à but lucratif. Les décisions d'agents sont des **compléments stratégiques** si elles se renforcent mutuellement.

L'**espace interquartile** est une mesure de dispersion d'une distribution qui s'obtient en faisant la différence entre le troisième et le premier quartile.

Un **quartile** est chacune des trois valeurs qui divisent des données triées en quatre parts égales, de sorte que chacune représente un quart de l'échantillon de population.

Pour en savoir plus

- Choné P., Wilner L., « Competing on Unobserved Attributes: The Case of the Hospital Industry », *Document de travail* n° G2019/07, Insee, octobre 2019.
- Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E., « Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? », *Insee Analyses* n° 15, Insee, janvier 2014.
- Choné P., Evain F., Wilner L., Yilmaz E., « Introducing activity-based payment in the hospital industry: Evidence from French data », *Document de travail* n° G2013/11, Insee, octobre 2013.

Direction Générale :
88 avenue Verdier
92541 Montrouge Cedex
Directeur de la publication :
Jean-Luc Tavernier
Rédacteur en chef :
A. Goin
Rédacteurs :
C. Lesdos-Cauhapé
C. Tchobanian
Maquette : RPV
Code Sage : IA1947
ISSN 2416-7851
© Insee 2019

- *Insee Analyses* figure dès sa parution sur le site internet de l'Insee :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques?debut=0&collection=6>
- Pour recevoir par courriel les avis de parution :
<https://www.insee.fr/fr/information/1405555>

