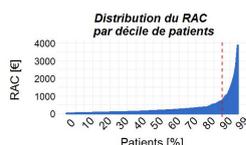


Les frais de séjours hospitaliers à charge de l'utilisateur et de sa complémentaire : Situation actuelle à l'AP-HP, enjeux de réforme

Candice Fournier, Christine Meyer, Lise Rochaix



Dans le système hospitalier public, en France, coexistent des règles générales de participation des patients (conditions d'exonération des tickets modérateurs) et des règles spécifiques, comme la participation aux frais d'hébergement à travers le forfait journalier hospitalier (FJH), d'un montant de 18€ en 2016. Mais si le financement des soins hospitaliers

par l'Assurance maladie obligatoire relève de tarifs et de modes de facturation identiques sur le territoire (les Groupements Homogènes de Séjours - GHS), les restes à charge (RAC) sont calculés sur la base de Tarifs Journaliers de Prestations (TJP) négociés par chaque établissement hospitalier. Cette étude a été menée par Hospinnomics grâce à la mise à disposition par l'AP-HP de bases PMSI complètes des séjours pour les années 2012, 2015 et 2016. Les éléments présentés dans cette note portent sur 664 287 séjours en 2016. On y décrit les RAC bruts après AMO (Tickets modérateurs + Forfaits journaliers), puis on analyse les conséquences du maintien du double système de prix GHS pour l'AMO et TJP pour les autres financeurs ; on s'interroge sur un cadre de réforme.

Introduction

L'étude des participations des usagers aux dépenses de santé en questionne à la fois l'efficacité et l'équité. Cette participation relevait initialement d'une logique de responsabilisation des usagers mais de nombreux travaux ont montré la présence d'effets-revenu, c'est-à-dire la réduction d'une consommation justifiée, du fait même de cette participation financière. La quasi-généralisation du recours aux complémentaires et la prise en charge de ces participations dans les « contrats responsables » à partir de 2016 annule en partie ces éventuels effets-revenu, tout en limitant de facto l'effet attendu de réduction du risque de surconsommation (ou 'risque moral').

L'étude porte sur la partie des séjours qui n'est pas financée par l'Assurance maladie obligatoire et qui constitue un RAC "brut", sans préjuger du payeur final¹ (le patient, sa couverture complémentaire, l'AME), ou dans certains cas, de son absence (créances irrécouvrables pour l'établissement). Ce montant, disponible dans la base PMSI séjours de l'étude, est constitué de la somme des tickets modérateurs (TM) facturables et des forfaits journaliers (FJH)². En 2016 à l'AP-HP, 24% des séjours ont des RAC bruts nuls (principalement des séances d'hôpital de jour sans FJH). Le RAC médian est de 72€, le RAC moyen pour un séjour de 248€. 78% des séjours sont exonérés de TM, 52% pour ALD,

16% pour actes coûteux, 10% pour d'autres raisons (Accidents du Travail-Maladies Professionnelles-AT-MP). Le RAC moyen des séjours non exonérés de TM est de 785€.

L'analyse des 10% de séjours dont les RAC bruts sont les plus élevés

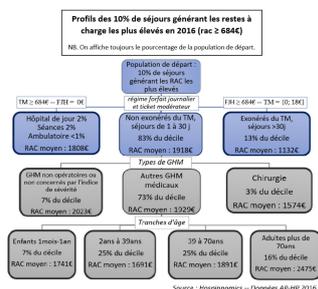
L'analyse des RAC bruts a été réalisée sur l'ensemble des séjours de la base et, de manière plus détaillée, sur le décile de RAC bruts les plus élevés (supérieurs à 684€ pour un séjour). Les RAC bruts les plus élevés sont constitués de montants de TM importants et de la facturation de forfaits journaliers (le RAC médian correspond à 4 jours de FJH et la facture est supérieure au RAC moyen après 14 jours). Pour des sé-

1. Dans la base, aucune information n'est disponible sur la prise en charge par un tiers payeur.

2. Dans les Comptes de la santé, les RAC bruts (dépense d'hospitalisation - Sécurité sociale ; incluant les consultations externes et d'autres prestations) représentent, en 2016, 7,9% de la dépense ; l'assurance maladie complémentaire en finance 59%.

jours très longs, de plus de 38 jours, même exonérés du TM, le RAC brut sera dans ce dernier décile, mais les facturations de TM constituent l'essentiel des RAC bruts les plus élevés.

L'étude fine des RAC bruts hospitaliers montre ainsi que 98% des RAC bruts élevés portent sur des séjours d'hospitalisation (63% dans l'ensemble de la base) et les RAC bruts élevés résultent, pour 83%, de séjours de moins de 30 jours qui ne sont donc pas exonérés de TM et où le RAC brut moyen est de 1918€. Les séjours ETM très longs, dont la Durée Moyenne de Séjour est de 62 jours, représentent 13% des RAC bruts de ce décile.



L'analyse de classification réalisée sur ce décile montre que : le RAC brut moyen des séjours assujettis au ticket modérateur (ATM) des personnes de plus de 70 ans est de 2475€ et celui des enfants traités pour bronchiolites, asthme, ou problèmes digestifs de 1741€. Enfin, 5% des RAC bruts élevés sont des séjours non ETM, en séances, que ce soit en ambulatoire (injections de toxine botulique) ou en Hospitalisation de Jour-HDJ-(éthylisme et toxicomanies, explorations et surveillance).

La formation des RAC bruts : l'impact de la tarification sur base TJP

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), les dépenses sont

établies sur la base du GHS, prix médicalisé devant contribuer à une meilleure régulation du secteur. Pour les autres financeurs, patients, Etat, Assurance Maladie Complémentaire (AMC), le tarif appliqué est le TJP. Ce prix de journée est négocié selon les établissements. L'analyse des conséquences du passage du système de calcul des RAC sur le TJP vers un système basé sur les GHS a montré que **les sommes en jeu sont importantes**, pour les patients, on l'a vu ci-dessus, mais aussi pour les établissements. En 2012 la Directrice de la DGOS précisait à la MECSS³ : « L'application du TM sur les seuls GHS ou les consultations causerait un manque à gagner, pour les établissements MCO, de 981 millions d'euros, soit 2% de leurs recettes, ce qui est colossal ». Dans l'étude, les écarts entre les recettes sur base GHS et TJP sont de l'ordre de 2% des recettes GHS de l'établissement étudié, correspondant ici à environ la moitié des recettes TM facturables en base TJP. Ce double système de prix se traduit aussi par **la déconnexion entre GHS et TJP** : ce qui détermine le tarif journalier applicable au séjour sera l'affectation du patient lors de l'admission et non le GHM résumant le séjour et son parcours. De plus, le GHS est forfaitaire pour une durée de séjour, tandis que le TM du TJP (soit 20%) est dû pour chaque jour jusqu'au 30ème. Il n'y a donc aucune raison que la facturation de 20% des prix de journée (taux réglementaire de participation) corresponde à 20% du GHS, base de la prise en charge par l'Assurance maladie. **Ainsi, les séjours non ETM ont une prise en charge AMO moyenne de 70%**, mais celle-ci varie de 59 à 81%⁴; plus de 90% des séjours ATM ont une prise en charge AMO inférieure

à 80%. Plus le séjour est long et le RAC /TJP élevé, plus le taux de prise en charge par l'AMO diminue. Ainsi, le taux effectif de remboursement AMO décroît avec le TM facturé et pour un même montant de TM, le taux de prise en charge AMO est très variable.

Des scénarios de réforme ?

La troisième étape de l'étude a permis de simuler différentes hypothèses de réformes. Deux axes ont été privilégiés : accompagner les choix d'efficacité par une base tarifaire unique, les GHS, et agir sur la répartition des RAC par des mécanismes d'écrêtements. Ces deux voies avaient été évoquées (HCAAM 2013) et plusieurs mécanismes envisagés. Mais est alors apparue l'ampleur des besoins de financement d'une réforme qui baserait les facturations TM sur les GHS et permettrait ainsi de ramener les participations des usagers au niveau réglementaire de 20% de la base de remboursement de l'AMO.

Notre étude devra être complétée par des travaux comparables menés sur d'autres établissements en France. Par ailleurs, il conviendra dans le futur d'intégrer des variables ici non disponibles, tant sur les séjours que sur les patients. Cependant l'étude a permis, d'ores et déjà, de constater que le système actuel de participation des usagers aux séjours hospitaliers pose de réels enjeux d'équité selon la situation d'exonération et qu'il se traduit par une opacité majeure des coûts. Il est enfin fort probable que ces mécanismes conduisent à de fréquentes factures non payées par les usagers sans complémentaires et que le système de TJP perdure in fine au détriment des établissements eux-mêmes.

3. Audition de Mme A. Podeur MECSS, Sénat, le 6 février 2012 sur le financement des établissements de santé. <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20120206/mecss.html>

4. Pour 90% des séjours ATM, la facturation en base TJP pénalise les patients au regard du taux réglementaire de 80%. Pour des séjours peu intensifs et très courts, le TJP est inférieur au GHS, soit 10% des séjours ATM, et 2% des séjours en 2016.