

T2A	Financement	Valorisation
Migac	Descriptif	Réflexion
Définition	Coût	Merri

Valoriser les missions d'intérêt général réalisées par l'hôpital

Donner leur juste place aux outils de mesure, sur une conception à partager de la performance hospitalière

**Colloque organisé
par Hôpital 2010* et R.Evolution Santé 2010**
Palais du Luxembourg - Mercredi 23 mars 2005**

En prévoyant la rémunération des missions d'intérêt général et aide la contractualisation (Migac) aux hôpitaux, le nouveau mode de financement hospitalier pose explicitement la question des limites d'un modèle qui réduirait l'hôpital à une production de soins standardisés pour des groupes homogènes de malades, comme à une production devant être rentable dans un système concurrentiel avec les « quasi-prix » que constituent les tarifs.

Pour ceux qui sont attachés à voir l'hôpital remplir des missions de santé publique, le financement de ces missions d'intérêt général apparaît donc comme un signe fort. Cependant, au-delà du symbole, cette reconnaissance donnera-t-elle aux hôpitaux les moyens de développer ces actions (éducation pour la santé, information, prévention près de tous) qui, en marge des soins, contribuent pourtant à la santé d'une population ? Leur permettra-t-elle aussi de poursuivre des activités sans résultats immédiatement visibles et qui accroissent les connaissances épidémiologiques et thérapeutiques ? Ou les montants en jeu, le mode d'évaluation et de rémunération des Migac en feront-ils des compensations symboliques (au sens « dérisoires ») de certains surcoûts de l'hospitalisation publique ?

Alors que la notion d'intérêt général apparaît au fondement même du service public et que, en conséquence, le financement des actions d'intérêt général de santé devrait apparaître en première ligne dans les ressources allouées à l'hôpital, on s'interroge : la dotation Migac constituera-t-elle le socle du service public hospitalier ou sera-t-elle le solde de la T2A ?

C'est autour de ces questions que les associations R. Évolution Santé 2010 et Hôpital 2010 se sont réunies le 23 mars dernier au Palais du Luxembourg. Dense, cette journée a permis d'approfondir une définition positive des missions d'intérêt général, bien loin d'une notion de solde de la T2A, de réfléchir aux questions de mesure et de valorisation de ces missions et d'ouvrir le vaste sujet des arbitrages en matière de santé et de ce à quoi nous donnons de la valeur.

Le groupe homogène de séjour (GHM) tire sa valorisation d'un coût – calculé à l'échelle nationale – affecté à une série d'actes comparables, actes nécessaires pour passer d'un état pathologique déterminé à un autre état identifié. Il s'agit bien d'un groupe homogène au sens où les séjours qui en font partie se ressemblent dans leur déroulement et les ressources en soins qu'ils appellent. Chaque GHS peut donc être objectivé. De ce fait, une valorisation sur la base d'un coût de référence de ces ressources a du sens, même si la discussion reste ouverte (discussion initiée dès la mise en place du PMSI d'ailleurs !). Pour les Migac, l'objectivation paraît plus difficile. Qu'est-ce qu'un centre de ressource biologique ? Qu'attendons-nous d'un centre de référence « maladies rares » ? Peut-on

standardiser l'éducation pour la santé des personnes diabétiques ? Que produit une équipe mobile de gériatrie ? Quel est le résultat attendu d'une équipe mobile de soins palliatifs ? Chacune de ces missions d'intérêt général n'a pas de mesure générale, à la fois parce que les contours de son domaine paraissent flous, son champ d'action sans limite et ses impacts difficiles à repérer : ni l'état initial sur lequel elle agit, ni l'état final auquel elle parvient ne se décrivent précisément ; sa propre part d'un résultat, si résultat il y a, ne se distingue pas toujours d'autres facteurs. Bref, la notion de groupe homogène pour chacune des activités d'intérêt général ne semble pas aisée à cerner.

Si ni les résultats, ni les actes ne sont comparables, sur quelles bases attribuer à ces missions une juste valorisation ? Certains continuent d'ailleurs à s'interroger sur la nécessité de discuter la valeur financière de ces missions. Relevant de l'intérêt général, elles s'imposent et les moyens pour les réaliser aussi ; de même que, dans la comptabilité publique ce sont les dépenses publiques qui déterminent le montant de l'impôt (et non l'inverse), les dépenses d'intérêt général de santé devraient primer et leur financement suivre... Mais cette notion de service public n'a-t-elle pas trop longtemps servi

*R. Évolution Santé 2010 est un espace indépendant d'échanges et de réflexion multidisciplinaire sur l'hôpital et la santé, qui réunit des directeurs et des praticiens hospitaliers, des médecins de santé publique, des consultants et des chercheurs.

**L'association Hôpital 2010, composée d'universitaires et d'hospitaliers (médecins, directeurs, soignants), se donne pour ambition d'anticiper les mutations et de hâter la transformation de fond de l'hôpital public, par-delà les clivages et les chapelles, au service de la population et des malades de notre pays.

Contact : r-evolutionsante2010@club-internet.fr

à justifier l'absence de comptes rendus à la société d'activités « gracieusement » délivrés par l'hôpital ? N'a-t-elle pas aussi conduit à la dévalorisation dans un fonctionnement social où c'est l'équivalence monétaire qui contribue largement à fixer une valeur ? Avec la valorisation des Migac, nous allons encore plus loin dans l'abandon de l'image de l'hôpital charitable où l'on donnait et l'on se donnait sans compter. Et cette « révolution » du sens de l'hôpital a, ou devrait avoir, des bénéfices pour ceux qui y travaillent : agir pour l'intérêt général est valable et doit être perçu comme tel par ceux qui donnent et ceux qui reçoivent, bref par la société.

Si les missions d'intérêt général doivent indiscutablement être valorisées, la mesure de cette valeur demeure une question puisque leur objectivation paraît difficile. Faut-il détailler ce que coûte chaque action faite au nom de l'intérêt général en recherchant pour chaque item des références ou tenter de mesurer des résultats (résultats qui ne pourront être que partiels et provisoires) ou bien faut-il raisonner sur un principe de forfaits, forfaits spécifiques par action (on donnerait par exemple une valorisation financière annuelle à l'activité de soins palliatifs de tout hôpital), forfait global pour l'ensemble des missions d'intérêt général hospitalières (chaque hôpital serait censé consacrer une part constante de son activité à l'intérêt général) ?

Au-delà du mode de calcul, se pose la question de la place des Migac dans la performance hospitalière. Si nous considérons que ces missions d'intérêt général font nécessairement partie de la « production » hospitalière, elles doivent clairement faire partie de la performance de l'hôpital, c'est-à-dire des éléments sur lesquels l'hôpital est jugé dans sa capacité à mobiliser avec pertinence et efficacité des ressources pour agir. D'une part, les missions d'intérêt général doivent être exercées dans un esprit de performance, d'autre part elles doivent contribuer à la performance globale de l'hôpital. Bien entendu le mode d'évaluation et de financement des Migac induit, de manière implicite, une certaine représentation de la performance.

Avant que les Migac se rangent au rayon des outils de la comptabilité publique hospitalière et y acquièrent la poussière de l'habitude, de l'évidence et de l'oubli, il est indispensable de poursuivre ce débat technique et politique. À travers lui se discute la place de l'hôpital public au côté des autres établissements de soins et se construit un système de santé plus ouvert et plus cohérent.

Chantal DE SINGLY

Directrice, hôpital Saint-Antoine (AP-HP)

Migac : financement forfaitaire ou financement à l'activité ?

Gérard de Pouvourville

Directeur de recherche au CNRS

Directeur des études médico-économiques, Institut Gustave-Roussy

Un peu d'histoire....

L'objectif de « convergence » entre les financements des secteurs hospitaliers public et privé, poursuivi explicitement par la T2A, a relancé le débat sur les spécificités des deux secteurs, en particulier sur les missions de service public assurées par le premier. Ce débat avait déjà été ouvert au moment de l'élaboration d'une échelle privée en points ISA, mais le maintien de modes de financement séparés entre les deux secteurs avait permis provisoirement de renvoyer à plus tard des problèmes difficiles à résoudre à la fois techniquement et politiquement.

Dès lors que l'on propose de payer au même niveau une prestation décrite par un GHM dans les deux secteurs, la question de la comparabilité des fonctions de production du public et du privé se pose de façon aiguë. Personne ne peut contester que les établissements hospitalo-universitaires, les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et certains autres PSPH aient une mission de recherche et d'enseignement qui n'est pas assurée avec la même ampleur et le même degré d'organisation dans les centres hospitaliers généraux et les cliniques privées. Personne ne peut contester non plus que l'organisation des urgences repose essentiellement sur le secteur public et PSPH, même si certaines cliniques privées ont elles aussi organisé des services d'accueil 24h/24. Personne ne peut contester que c'est en priorité sur le réseau d'établissements publics que les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) vont s'appuyer lorsqu'il s'agit de développer des actions de santé publique ou des services spécifiques pour des populations particulières, comme les centres de dépistage anonymes et gratuits pour le sida, les centres régionaux de référence pour l'hémophilie, la toxicomanie, etc. Mais en contrepartie, personne n'était réellement en mesure d'évaluer de façon rigou-

reuse l'impact de ces activités sur les coûts hospitaliers et notamment sur le coût des soins. On ne sait pas non plus si les établissements hospitaliers publics produisent ces services de façon efficiente. Le cadre du budget global favorisait des subventions croisées entre les activités de soins et les autres activités des établissements, sans qu'il soit possible de savoir le montant de ces flux croisés et leur direction. Depuis 1996 et la mise en place du point ISA comme outil de réallocation des ressources entre les régions et les hôpitaux, le discours officiel était que la formation des professionnels au lit du malade « rapportait » plus qu'elle ne coûtait à l'hôpital, puisque les professionnels en formation produisaient des soins en étant moins payés qu'un professionnel diplômé et titulaire : les internes et les chefs de clinique produisaient plus qu'ils ne coûtaient. Au mieux, le bilan entre coût de la formation et travail à coût salarial faible s'équilibrait.

En matière de recherche, un compromis, l'abattement de 13 %, a été trouvé à la satisfaction de tous. Rappelons comment cet abattement a été calculé. La mission PMSI avait été mandatée par le directeur des hôpitaux pour proposer une estimation de cet impact de la recherche. L'estimation réalisée a été fondée sur l'hypothèse que l'impact de la recherche sur les coûts hospitaliers portait principalement sur quatre postes :

- l'encadrement médical (coût du personnel médical par séjour) ;
- la prescription d'examen complémentaires (liée à la conduite de protocole de recherche clinique) ;
- les amortissements de l'équipement médical (la recherche requérant des équipements plus sophistiqués et plus coûteux) ;
- les dépenses de médicaments.

Une analyse comparative des coûts des CHU et des CLCC d'une part, et des autres établissements de la base de l'étude nationale des coûts, d'autre part, a débouché sur

la mise en évidence d'un surcoût moyen de 13 %. Ce surcoût mesurait à la fois les coûts directs des activités de recherche et l'impact de la recherche sur les coûts de soins. Incidemment, l'étude n'avait pas trouvé de différence sur le poste des salaires médicaux, suggérant que le temps de recherche des médecins était bien couvert par leur salaire universitaire.

À l'époque, ce chiffre de 13 % avait tout pour plaire, et son adoption a freiné la réflexion sur le financement de la recherche jusqu'à la mise en place de la T2A. Premièrement, il n'était pas en contradiction avec les chiffres publiés dans d'autres pays. Deuxièmement, il était assez substantiel. Aucun établissement, CHU ou CLCC, n'était capable à l'époque d'évaluer le coût de son activité de recherche ou en tout cas ne voulait pas dévoiler ces données. Les petits établissements, dont l'activité de recherche était limitée par la taille et la notoriété des équipes, étaient probablement avantagés par le calcul, mais ils n'avaient aucun intérêt à le contester. Les établissements qui pensaient avoir des coûts plus élevés, mais qui ne s'étaient pas donnés les moyens de le prouver, pouvaient se contenter provisoirement de cette estimation, qui, soulignons-le de nouveau, était assez élevée. De surcroît, dans le cas où un établissement aurait fait la preuve que ses coûts étaient plus élevés, l'absence de règle du jeu affichée créait une incertitude forte sur les avantages et les inconvénients de révéler cette information. En effet, la Direction des hôpitaux pouvait soit accepter ce surcoût, soit demander à l'établissement de trouver d'autres sources de financement pour couvrir l'écart au taux de 13 %. Enfin, l'adoption d'un taux uniforme, pourtant inéquitable dans son principe, permettait provisoirement d'obtenir un consensus général sur ce point épineux.

Cependant, seule la question de la recherche était réglée par cette méthode, le statut de l'enseignement continuant de rester ambigu. Des travaux avaient été engagés par la mission T2A pour tenir compte d'autres spécificités des établissements publics : évaluation du coût du passage aux urgences, impact de la précarité sur les coûts hospitaliers. Par ailleurs, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), les ARH mettaient en place des financements spécifiques pour

des actions nouvelles de santé publique ou d'organisation des soins qu'elles demandaient aux établissements d'engager.

La mise en place de la T2A a remis en cause la logique des ajustements financiers passés. La réforme dès son origine reconnaît qu'il doit y avoir des modes de financement différents selon la nature de l'activité. Si les soins peuvent être rémunérés sur la base des GHM ou des actes pour les soins externes, les urgences ont un mode de financement mixte qui repose sur le principe de la couverture des frais fixes par un montant forfaitaire, et une rémunération au passage. Cette couverture des frais fixes garantit la mise à disposition de la population d'une capacité d'accueil qui fait face à une demande aléatoire. Parmi les activités de soins elles-mêmes, la réanimation fait une entorse au principe du financement for-

La mise en place de la T2A a remis en cause la logique des ajustements financiers passés.

faire au cas. Enfin, la création de la Migac consacre la reconnaissance d'une pluralité d'activités qui ne relèvent pas strictement de l'activité de soins médecine/chirurgie/obstétrique (MCO), mais plutôt d'une logique de santé publique.

Par ailleurs, la fiction d'un taux uniforme de 13 % pour financer les activités de recherche et d'enseignement ne tenait plus. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) avait engagé des travaux statistiques pour mesurer l'activité de recherche des établissements en se fondant sur les travaux publiés et la présence d'unités de recherche organisées, et elle avait mis en évidence des investissements variables d'un établissement à l'autre. Avec le financement à l'activité, le principe même d'un abattement proportionnel aux dépenses totales d'un établissement devenait critiquable. En effet, cela signifiait implicitement que l'activité de recherche se développait au même rythme que l'activité de soins, ce qui n'a pas de raison d'être.

La mission T2A a donc proposé en 2005 une modulation des abattements Migac en fonction d'un certain nombre de critères de mesure de l'activité de recherche et d'enseignement, en définissant de façon réglementaire les activités autres relevant

des missions d'intérêt général et en donnant une règle d'attribution des crédits dans le cadre de l'aide à la contractualisation. Par ailleurs, a été introduit le principe d'une part fixe et d'une part variable. La part fixe finance en quelque sorte l'infrastructure de base qu'il est nécessaire de garantir à un établissement pour qu'il puisse initier une activité de recherche et offrir des services d'intérêt général la part variable reconnaît que tous les établissements n'ont pas la même étendue de leurs activités de recherche et de leurs missions d'intérêt général. Cependant, le principe d'un abattement en pourcentage des dépenses constatées a été maintenu. Par ailleurs, la base de calcul de cet abattement a changé, puisqu'il exclut les dépenses de molécules onéreuses et de dispositifs médicaux implantables ; de ce

fait, les établissements qui bénéficient du taux maximum de 20 % n'ont pas bénéficié d'une rallonge de 7 %, la base de calcul étant plus réduite.

Il y a eu progrès manifeste de la prise en compte des activités spécifiques du secteur public et de leur financement, avec l'introduction de nouveaux principes et le début d'une définition du rôle d'intérêt général de l'hôpital public. Sur ce dernier point, l'enquête déclarative sur les « autres activités » dans le cadre du retraitement comptable a eu le mérite de donner de la visibilité à ce rôle, en montrant la diversité des réponses apportées à des besoins nouveaux et l'importance de l'offre de soins publique au-delà des seuls soins du MCO. Peut-on continuer la réflexion sur le financement de la Migac, de façon à améliorer encore le dispositif tel qu'il a été construit, et à se rapprocher d'une méthode de financement équitable et incitative à l'efficacité ? En particulier, puisque la T2A a entériné le principe que le mode de financement d'une activité devait être adapté à ses caractéristiques, comment généraliser cette règle ? Une question qui revient alors souvent est celle de l'opposition entre un mode de financement forfaitaire, et un mode de financement à l'activité. Comment éclairer ce débat ?

Financement au forfait, financement à l'activité

Du point de vue de l'économiste, la question du mode de financement d'une activité particulière se pose dans les termes simplifiés suivants :

- soit l'acheteur d'une prestation est capable de définir *ex ante* le contenu de celle-ci et la valeur qui lui attribue. Dans ce cas, il peut aborder la négociation avec le producteur avec un cahier des charges et une évaluation approximative d'un prix. Un marché concurrentiel lui donne par ailleurs une information sur le niveau de prix qui prévaut. Si le marché n'existe pas, mais qu'il peut observer la formation des coûts chez différents producteurs, il peut

dans les cas d'incertitude radicale. Dans ces situations, d'ailleurs, ni le payeur ni le prestataire ne sont réellement en mesure de définir ce que sera le processus de production ou le résultat final.

Même la recherche ne rentre pas complètement dans ce cas de figure. En effet, le payeur sait qu'il existe des moyens d'évaluer au moins *ex ante* la capacité de l'équipe de recherche à mener à bien les travaux, grâce aux mécanismes d'évaluation. Le payeur peut donc imposer des conditions portant sur ces processus, et ne financer que les prestataires qui démontrent qu'ils sont en mesure de les respecter. D'autre part, il peut décider de ne pas porter seul le risque financier de la transaction, et donc de limiter *a priori* son

Si on sait définir le service rendu a priori et que l'on connaît sa valeur, il est plus efficient de mettre en place un paiement prospectif à l'activité.

également procéder par concurrence par comparaison, comme c'est le cas pour les groupes homogènes de malades (GHM). Dans ce cas, le ministère de la Santé observe les coûts par le biais de l'étude nationale des coûts, et fixe ses tarifs en conséquence. On est alors en présence d'un paiement prospectif, et dans le cas de la T2A, d'un paiement à l'activité ;

- soit l'acheteur n'est pas en mesure de définir *ex ante* le contenu de la prestation, ni d'estimer sa valeur. Il peut aussi être théoriquement en mesure de connaître cette prestation, mais le coût de cette connaissance peut être très élevé, en termes de dispositif de contrôle. Cette ignorance peut être absolue, car l'incertitude sur l'issue de la transaction est très grande. C'est souvent le cas dans le financement d'une recherche fondamentale. Dans ce cas, l'acheteur va payer la prestation quel que soit son coût. On est alors dans un mode de paiement rétrospectif. Le paiement au prix de journée avant la mise en place du budget global présentait toutes les caractéristiques d'un paiement rétrospectif, par lequel le payeur couvrait les coûts constatés de chaque établissement, puisque les prix de journée étaient individualisés par hôpital. Un financement rétrospectif sans contrôle n'est justifié que

financement. Il y a donc financement prospectif, qui peut être forfaitaire s'il n'existe pas de mesure *ex ante* du résultat. Dans ce cas, le prestataire annonce un coût estimé de réalisation de la prestation, et le payeur décide de n'en financer qu'une partie : la part relative de financement restant à charge du prestataire est le coefficient de partage du risque. Pour éviter une déclaration surestimée du prestataire, le payeur peut éventuellement s'il en a le pouvoir contrôler les coûts déclarés, et payer *in fine* ce qu'il estime être juste. Ce contrôle peut aussi s'exercer par comparaison des déclarations faites par différents prestataires, s'il n'existe aucune collusion entre eux.

En résumé, si on sait définir le service rendu *a priori* et que l'on connaît sa valeur, il est plus efficient de mettre en place un paiement prospectif à l'activité. Un paiement rétrospectif sur coûts déclarés n'est justifié qu'en cas d'incertitude radicale, tant pour le payeur que pour le prestataire. Dans les autres cas, il est justifié d'utiliser un paiement forfaitaire avec partage des risques. Notons par ailleurs que le fait de répéter les transactions au cours du temps permet au payeur de mieux connaître les caractéristiques d'une prestation, et donc de se rapprocher d'un paiement prospectif au résultat. Dans cette démarche, cependant, le coût de cette connaissance est

important. Il ne faut pas qu'il excède les bénéfices liés à la meilleure connaissance de la prestation. Comment ces principes s'appliquent-ils à la Migac ?

Le périmètre des Migac

Dans le cadre de la Migac, le ministère a donné une définition *a priori* du périmètre des activités qui en relèvent. Ce périmètre délimite ce qui relève de missions d'intérêt général légitimement financées par l'assurance maladie de celles qui relèvent de l'initiative de l'établissement lui-même, et de sa propre vision de son rôle d'acteur de santé publique sur son bassin de population. Cette distinction peut donner lieu à controverse. En effet, puisqu'il s'agit d'établissements publics, peut-on imaginer qu'ils développent des activités d'intérêt général local qui ne relèvent pas de la solidarité nationale ? Le service public se déclinerait-il de façon uniforme d'une région à l'autre, sans tenir compte des besoins de la population locale ? *A contrario*, tout établissement peut-il de son propre chef investir dans une activité nouvelle autre que de soins, pour rendre un service nouveau à ses patients, et demander son financement après coup ? Dans le cadre du budget global, la question ne se posait pas : puisque le payeur donnait une dotation budgétaire *a priori* limitée en montant, un établissement pouvait allouer des ressources à une activité nouvelle hors soins dès lors que son financement était gagé (en théorie) par des économies sur les autres secteurs ou des gains de productivité globaux. Mais puisque l'on sort d'un financement global fondé sur les coûts historiques, le financement spécifique hors T2A de ces activités est posé. Le ministère doit prendre position sur ce qu'il estime être de son ressort de financer, et de ce qui appartient à la stratégie propre des établissements. On perçoit au travers de cette question l'ambiguïté de l'autonomie de gestion des établissements hospitaliers publics en France. Soit l'hôpital a une réelle latitude dans la définition concrète de ses missions générales, et le ministère doit lui faire confiance et financer les activités qu'il met en place, à condition que les processus de production soient efficients économiquement et de qualité. Soit c'est le ministère qui définit *a priori* le contenu de ces missions, et il ne finance que celle-ci, les autres missions étant laissées à la charge des établissements.

Migac et financement à l'activité

Lorsque l'on analyse la liste agréée des « autres activités », un certain nombre d'entre elles sont des services directement rendus au malade. Il s'agit par exemple des consultations pluridisciplinaires, des consultations spécialisées pour la prise en charge des patients toxicomanes, des consultations d'alcoologie, etc. De façon plus générale, une partie des activités incluses dans la Migac se prête bien (moyennant la mise en place d'un recueil de l'activité) à une mesure par le biais d'une unité d'œuvre relativement incontestable. Dans le passé, le financement par le budget global n'a pas incité les établissements à faire l'investissement nécessaire pour recenser de façon routinière ces activités et les déclarer à la tutelle, cela d'autant plus qu'elles n'existaient ni dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), ni dans le catalogue des actes médicaux (CDAM), ni a fortiori dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). Si elles sont financées aujourd'hui de façon forfaitaire dans la Migac, c'est en grande partie à cause de cette absence de codification dans les classifications existantes. Dans la logique actuelle du régime déclaratif, les établissements hospitaliers se sont efforcés d'estimer les coûts liés aux activités.

Pour ces activités, on peut imaginer de sortir à terme de la logique de l'abattement forfaitaire en pourcentage sur la base du processus suivant. La première étape a déjà été réalisée en partie : c'est celle de l'identification des activités qui sont éligibles à un financement séparé de celui des soins. La deuxième étape consiste, pour les pouvoirs publics, à définir un cahier des charges précis pour chacune d'entre elles, en termes de règles de fonctionnement et de critères de qualité de service. Ce cahier des charges permettrait d'agréer les établissements. La troisième étape est celle du calcul d'un tarif unique. Ce calcul s'appuiera sur le cahier des charges précédemment défini. On peut travailler en comparaison avec des actes déjà tarifés. La méthodologie utilisée pour le calcul de l'indice du coût relatif (ICR) du CDAM peut également servir de modèle.

Dans ce calcul tarifaire, il est possible d'adopter des modèles mixtes comme celui des urgences, si la mise en œuvre d'une activité nouvelle requière un investissement

de base incompressible, indépendant (jusqu'à un certain point) du volume d'activité réalisé par la suite. Cela permet de ne pas exclure de petits établissements de l'offre de services d'intérêt général, si la situation locale l'exige. L'avantage d'un tel modèle est qu'il permet d'ajuster le financement à l'activité réellement observée, et donc tenir compte de l'évolution des besoins de la population.

Financement forfaitaire des Migac

Que faire lorsque l'on ne dispose pas d'une unité d'œuvre ou d'une mesure acceptable de résultat? Le paiement forfaitaire peut alors être une solution alternative, comme nous l'avons vu plus haut. Rappelons que le forfait est un montant de financement fixé *a priori* pour une activité ou un service donné, versé quelles que soient la quantité de travail effectivement réalisé et les dépenses afférentes. Le principe même du paiement forfaitaire est celui d'une limitation du risque financier pour le payeur, en situation d'incertitude. Cette méthode traduit un arbitrage réalisé par le payeur entre le coût de la mise en place d'un dispositif d'observation et d'évaluation de l'activité concernée, pour diminuer l'asymétrie d'information avec l'offreur, et le bénéfice qu'il va retirer de cette connaissance, en termes de réduction des dépenses globales. Ce montant financier est fixé en valeur absolue, modulable éventuellement par des critères comme la taille de l'établissement ou de la population desservie. En mettant en place ce forfait, le payeur reconnaît que certains établissements seront favorisés, d'autres pénalisés, mais la vertu du forfait est son égalitarisme.

L'abattement de 13 % pour la recherche et l'enseignement n'est pas au sens propre du terme un paiement forfaitaire, puisque la somme finale est fonction du volume total de dépenses. Il est donc indexé sur une dépense observable. Il présente néanmoins le même inconvénient, le payeur n'étant pas en mesure de savoir si la somme allouée reflète bien les dépenses engagées par l'établissement hospitalier pour l'activité concernée. Cependant, contrairement au paiement forfaitaire en montant, il ne permet pas une maîtrise globale de la dépense : plus un établissement dépense, plus le montant absolu de l'abattement est élevé, ce qui peut conduire à récompenser

des établissements peu efficaces, si l'augmentation de la dépense ne s'accompagne pas de progrès de productivité.

Le cadre général

On se place dans le cas de figure où le payeur peut observer la réalité d'une activité et des moyens mis en œuvre. C'est la logique de la démarche déclarative, qui a été adoptée cette année dans le retraitement comptable. Celle-ci prête le flanc à une critique majeure, qui est celle du contrôle de la sincérité des comptes-rendus faits par les établissements. En effet, les moyens dont dispose la tutelle pour les évaluer sont probablement insuffisants. Il est donc nécessaire de trouver d'autres moyens que le contrôle direct pour s'assurer que les établissements ne vont pas artificiellement grossir leurs évaluations.

Le premier moyen disponible est celui de la comparaison interétablissements ou *benchmarking*, pour reprendre un terme à la mode. En comparant les moyens demandés par les différents établissements, il est possible de réduire la variabilité des moyens alloués, par exemple par une référence à la moyenne. La deuxième méthode possible est celle du financement partiel des moyens demandés par les établissements, ce qui instaure (comme dans la T2A) une forme de partage des risques financiers. Une troisième solution est celle de l'accréditation des activités concernées. Enfin, une dernière solution est celle de l'évaluation *ex post* du travail accompli sur une base pluriannuelle. Par exemple, dans le cadre de la coordination des réseaux de soins, on va évaluer le réseau, pour en tirer un jugement indirect sur la qualité de la coordination. Toutes ces méthodes sont imparfaites et dans le jargon des économistes, il est admis que, dans ces cas particuliers, l'établissement hospitalier puisse garder une partie de la rente informationnelle dont il dispose, compte tenu de la difficulté à observer les résultats. Du point de vue du coût du dispositif à mettre en place, le financement plafonné ou partiel des activités est celle qui est la moins coûteuse.

Le cas particulier des Merri

Les activités des missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (Merri) requièrent un traitement particulier. En effet, au moins pour la recherche et l'enseignement, des méthodes de financement sont utilisées dans d'autres organismes que l'hôpital.

La recherche

Le financement des activités de recherche est fondé sur les principes suivants. En premier lieu, il existe des mécanismes d'accreditation des personnels et des unités de recherche. Ces mécanismes sont fondés sur l'évaluation scientifique des travaux réalisés par des pairs. Cette évaluation débouche sur une allocation de ressources pour des programmes ou des projets de recherche qui sont des paris sur une production de connaissance. On ne peut donc pas définir *ex ante* le produit des ressources investies, on peut seulement s'assurer par l'évaluation que les moyens humains et matériels mis en œuvre sont adéquats. Compte tenu de l'incertitude sur ces résultats, et de la nécessité d'investir sur le long terme dans un potentiel de production de connaissances, il est nécessaire d'investir « à fonds perdus », c'est-à-dire d'accepter de financer de façon durable sans contrepartie en termes de résultats

indexée sur l'activité et les dépenses de l'établissement hospitalier. Dans ce modèle, l'État et l'assurance maladie délèguent complètement la responsabilité de l'évaluation des activités aux organismes universitaires, qui exercent cette responsabilité principalement par la gestion des carrières des médecins hospitalo-universitaires. Au cours des quinze dernières années, les exigences d'évaluation se sont renforcées de plusieurs façons : par la création des directions de la recherche clinique dans les CHU, avec pour objectif de vérifier la qualité méthodologique des protocoles d'essais cliniques initiés par les équipes médicales, par l'application de la loi Huriet, et par la politique de contractualisation entre les universités, l'Inserm et le CNRS. En particulier, la contractualisation conduit à confier aux grands organismes de recherche la responsabilité d'évaluation de toutes les personnes travaillant dans les équipes labellisées, et donc des médecins. Néanmoins, toutes les équipes hospitalières

relever du financement par le ministère de la Recherche, la recherche fondamentale ou cognitive. Enfin, la démarche déclarative enclenchée par le retraitement comptable porte en germe la mise en place de budgets annexes de la recherche, permettant d'isoler les charges directes afférentes à ces activités de celles des activités de soins.

L'étape suivante pourrait alors être celle-ci : pour sortir de l'indexation des dépenses de recherche sur l'activité des établissements, il est envisageable de calculer la part fixe de la Merri (pour la recherche) sur le nombre d'équivalents temps plein (ETP) médecins, qui représente la force de travail principale en matière de recherche. Le calcul d'une dotation par médecin pourrait inclure un montant forfaitaire couvrant les salaires des personnels auxiliaires de recherche (ingénieurs, techniciens, méthodologistes, secrétaires), des dépenses de fonctionnement et d'infrastructure de base (locaux, équipements de base, bibliothèque, etc.). Le calcul de ce forfait par ETP pourrait s'appuyer sur les modèles utilisés par les grands organismes pour financer leurs unités de recherche, mais en tenant compte également de la situation historique des établissements hospitalo-universitaires et assimilés. De ce fait, cette dotation de base serait proportionnelle non pas aux dépenses de soins de l'établissement, mais à son potentiel humain théorique.

La gestion de cette dotation de base serait confiée à une direction de la recherche dans chaque établissement, qui allouerait des budgets aux équipes internes en fonction de la qualité de leurs travaux passés et de leurs projets. Le ministère de la Santé et l'assurance maladie pourraient alors confier aux organismes universitaires et de recherche une évaluation quadriennale des travaux réalisés, qui pourrait conduire à un réajustement des dotations de base en fonction des résultats obtenus. Parallèlement, les équipes de recherche continueraient de concourir pour l'obtention de financement sur projet, en particulier dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et du PSIT. Ces deux appels d'offre publics gérés par le ministère de la Santé pourraient voir leur dotation globale augmenter par le prélèvement annuel d'un pourcentage de l'enveloppe recherche dans l'enveloppe annuelle des dépenses hospitalières.

À terme, les équipes qui ne produisent durablement pas de résultats ne vont plus recevoir de financement.

des équipes et des moyens matériels. À terme, cependant, les équipes qui ne produisent durablement pas de résultats ne vont plus recevoir de financement.

Selon les pays, la part de ce financement à fonds perdus est variable. En France, elle a été par le passé assez importante, par le biais de l'octroi de financements dits « récurrents » aux équipes de recherche des grands établissements de recherche et de l'université. Dans les pays anglo-saxons, le modèle est plus celui d'un financement à court terme sur programme ou projet, avec un financement récurrent plus faible. Dans notre pays, et en particulier pour la recherche qui se fait à l'hôpital, la situation est intermédiaire entre le modèle des organismes de recherche de type Inserm ou CNRS et le modèle des grandes universités américaines. La recherche clinique a été financée à la fois sur les fonds de l'assurance maladie, mais pas de façon explicite et sur des crédits externes non pérennes provenant d'appels d'offre de recherche publique ou des crédits industriels.

Dans le passé récent, on peut assimiler le 13 % d'abattement comme une autorisation récurrente de financement de la recherche,

ne sont pas labellisées, il existe de la recherche clinique en dehors des CHU, et ni le ministère de la Santé, ni l'assurance maladie ne se sont servis jusqu'à présent des résultats de ces évaluations pour ajuster le financement des activités de recherche.

Cependant, la situation est en train de changer. La prise en compte par la mission T2A des publications des établissements, du nombre d'essais cliniques en cours ainsi que du nombre de patients inclus, du nombre d'unités de recherche labellisées sur chaque site pour le calcul des Merri en 2005 témoigne du fait que le payeur public ne souhaite plus que l'assurance maladie finance en aveugle les activités de recherche des établissements. Par ailleurs, la distinction d'une part fixe et d'une part variable témoigne de la reconnaissance de la nécessité d'investir « à fonds perdus », de donner aux établissements dont la mission est de réaliser des recherches des moyens pérennes pour investir dans la production de connaissance. Cet effort conduit aussi explicitement à distinguer ce qui devrait relever de l'assurance maladie, la recherche clinique, de ce qui devrait

L'enseignement

On peut distinguer deux facettes des activités d'enseignement à l'hôpital. La première, traditionnelle, est celle de la formation théorique initiale des professionnels de santé, dans le cadre d'un cursus à l'université ou dans les écoles. Elle est en principe assurée par des professionnels payés par les établissements d'enseignement, mais une partie notable de la formation est de fait assurée par des professionnels de santé qui ont une activité principale de soins au sein des hôpitaux. Leur financement soulève deux questions : comment les évalue-t-on en termes de ressources mobilisées ? Qu'est-ce qui relève du financement par l'assurance maladie ?

L'évaluation des ressources mobilisées est simple dans son principe. Les activités correspondantes sont répétitives et facilement identifiables. À l'Institut Gustave-Roussy (IGR), elles sont évaluées par une enquête déclarative annuelle qui fonctionne depuis trois ans. Cette enquête, qui se déroule en deux temps, porte sur l'ensemble des cadres, médecins et non médecins, occupant un emploi permanent à l'IGR. Une première vague de l'enquête vise à repérer les personnels qui ont des activités d'enseignement formalisées par des cours, des travaux dirigés, des encadrements de masters ou de thèses. La deuxième vague ne concerne que les personnels qui ont répondu positivement au premier questionnaire. Ils doivent alors documenter le contenu de l'enseignement, son cadre (universitaire, professionnel...), son lieu, le nombre d'heures consacrées. Dans l'analyse des résultats, on distinguera les enseignements relatifs au statut hospitalo-universitaire de l'établissement et les autres. Quelle part de ces enseignements relève de l'assurance maladie ? En premier lieu, les enseignements universitaires, dans le cadre de la formation des médecins, sont en principe financés par la part universitaire des salaires des médecins bi-appartenants et ne doivent donc pas être comptabilisés comme coût supporté par l'hôpital.

On peut soutenir deux arguments pour les autres enseignements. On peut considérer qu'ils relèvent de l'initiative de l'établissement et notamment de sa stratégie de notoriété et donc d'attractivité des personnels. En tant que tels, il appartiendrait donc aux établissements de les financer sur leur marge d'exploitation, sans apport spécifique

de l'assurance maladie. Il est d'ailleurs difficile de démontrer qu'ils coûtent aux établissements, dans la mesure où ils sont prodigués par des cadres dont la durée de travail réelle excède la durée réglementaire. Ce ne serait qu'à partir d'un certain seuil qu'ils pourraient avoir un impact sur les coûts d'un établissement, en diminuant la productivité des activités principales de soins ou d'administration. Il ne serait donc pas justifié de les prendre en compte, la responsabilité de leur régulation incombant aux établissements.

Jusqu'à un certain seuil d'étudiants en apprentissage par lit, il ne semble pas y avoir de surcoût, la production de soins compensant les coûts de formation.

A contrario, les enseignements délivrés dans ce cadre peuvent être considérés comme des services rendus à la collectivité de l'ensemble des établissements, favorisant le transfert de compétences et la diffusion des connaissances en sus des formations régulières. Cette économie informelle du savoir est un bien collectif, et permet par ailleurs d'entretenir le flux des échanges non monétarisés entre établissements, sans lesquels ils ne fonctionneraient pas. Ne pas les financer pourrait conduire à la réduction de cette économie informelle ou à son remplacement par des modalités formalisées plus coûteuses. Par ailleurs, lorsqu'il n'est pas possible de récompenser positivement des cadres par des primes ou des promotions, les activités externes d'enseignement (en général peu lucratives) sont un moyen de valorisation par la reconnaissance externe qu'elles impliquent et par l'exercice d'une zone de liberté. Mais dans ce cas, comment le payeur peut-il s'assurer de la pertinence des enseignements délivrés ? En effet, la décision de faire un enseignement est en général prise de façon décentralisée, et très personnalisée. Un médecin demandera rarement l'autorisation à la direction de l'établissement de faire des cours à l'extérieur, et il sera sollicité sur la base de sa notoriété ou de ses réseaux externes. Il est donc possible théoriquement d'assister à une inflation des enseignements, non maîtrisés au niveau de l'établissement.

Entre un paiement rétrospectif sur base déclarative et pas de financement, il existe une modalité intermédiaire de financement

forfaitaire. Comme pour la recherche, il est envisageable de baser un forfait enseignement sur l'effectif des cadres permanents d'un établissement, puisque ce sont eux qui en sont les principaux acteurs. Ce forfait pourrait être calculé en pourcentage d'ETP autorisé *a priori*. En contrepartie de ce financement, les établissements seraient tenus de rendre compte de son emploi, par exemple par la production d'un rapport annuel contenant les résultats d'une enquête dont la méthodologie serait standardisée. Un établissement qui ne saurait

pas justifier de l'emploi de cette ressource verrait sa dotation diminuer à la période suivante ; un établissement qui investirait plus devrait prendre à sa charge ce dépassement, et serait donc incité à mettre en place une politique générale visant à encadrer l'autonomie de ses cadres. À l'IGR, une telle procédure est en train de se mettre en place par le biais d'une fixation annuelle d'objectifs pour chaque médecin, comportant ses temps de soins, de recherche et d'enseignement.

La deuxième modalité d'enseignement ou plutôt de formation existante à l'hôpital est l'apprentissage des métiers de soins au lit du malade, pour les externes, les internes, les élèves infirmières et autres soignants. Deux thèses s'opposent à nouveau quant à l'impact de ces activités sur le coût des soins. Pour les uns, cet impact serait direct, en temps passé par les formateurs auprès des étudiants, et indirect, le manque de qualification se traduisant par une productivité moindre et des coûts induits supérieurs (par exemple de prescriptions d'exams complémentaires, de médicaments, de matériel à usage unique, etc.). Pour les autres, cet impact négatif serait compensé par le fait que ceux-ci contribuent à la prise en charge des patients avec un coût salarial très faible. Les études économétriques qui visent à répondre à cette question montrent que l'une et l'autre de ces thèses sont vraies : jusqu'à un certain seuil d'étudiants en apprentissage par lit, il ne semble pas y avoir de surcoût, la production de soins compensant les coûts de formation. Au-delà

de ces seuils, variables selon les études, un surcoût apparaît, assimilable à un effet de congestion : il y a excédent d'étudiants par rapport aux besoins de production de soins, et ceux-ci vont « consommer » du temps de formation sans contrepartie. Ces études économétriques n'ont pas été réalisées dans le contexte français.

À défaut de mesurer empiriquement cet impact en France, une approche est possible qui permettrait au moins d'estimer le temps consacré par les formateurs et de définir un financement forfaitaire a priori. Elle consisterait à définir, en collaboration avec les équipes formatrices, l'encadrement standard requis et d'agréer les services de formation en fonction de leur capacité à mettre en œuvre ces standards. Un exemple d'un tel standard pourrait être le suivant : un chef de clinique ne peut pas encadrer plus de cinq internes et doit passer au moins quatre heures par semaine en tête à tête avec ses étudiants pour leur enseigner leur métier, en sus de la formation au lit du malade.

Missions de recours, de référence et d'innovation.

On propose la définition suivante du rôle de recours joué par un centre hospitalier. On se situe dans la gradation classique des services de soins de santé, au sein desquels on distingue le recours aux soins primaires, secondaires, tertiaires et quaternaires. La logique de cette distinction est que chaque niveau présente un degré de spécialisation supplémentaire des services offerts. Plus la spécialisation augmente, plus le nombre de patients concernés par chaque spécialité est étroit ; de ce fait, l'offre de service spécialisée sera plus étroite, de façon à garantir des niveaux de compétences élevées. La médecine générale et certaines spécialités médicales constituent l'essentiel des soins primaires, la médecine libérale spécialisée avec forte composante technique, le réseau des hôpitaux généraux et des cliniques privées constitue le niveau de recours secondaire, les établissements hospitalo-universitaires, les centres hospitaliers spécialisés constituent les niveaux de recours tertiaires et quaternaires. On parlera de niveau quaternaire soit pour une offre de soins très spécialisée destinée à un petit nombre de patients, soit pour une offre de soins capable de prendre en charge des patients, qui, de par leur état général, sont trop

sévères pour être pris en charge dans un centre tertiaire. Tous les CHU offrent à la fois des soins secondaires et tertiaires, mais seulement certains des soins quaternaires. Ces soins de recours quaternaires peuvent se présenter sous trois principaux aspects. Le premier est celui de la maîtrise d'une action de soins spécifique, hyperspécialisée, liée à une technique chirurgicale, d'imagerie, d'analyse diagnostique relevant de la recherche, de thérapie cellulaire ou, en oncologie, de radiothérapie. Le deuxième renvoie à la pratique d'actes médicaux qui sont réalisés ailleurs pour des indications standard, mais pour lesquels un centre hospitalier va détenir une compétence particulière sur les cas « limites », soit par la gravité de l'état de santé du patient, soit parce que l'acte est posé pour des indications risquées. Le troisième correspond à la prise en charge de maladies/patients rares, pour lesquels il n'est pas justifié de disperser une compétence complexe dans tous les établissements hospitaliers.

Il y a nécessairement un lien entre missions de recours tertiaires et quaternaires, la notion de centre de référence et l'innovation, mais il n'y a pas confusion entre ces notions. Un centre de recours quaternaire va souvent être un centre de référence sur les pathologies couvertes. Cela signifie qu'au-delà des recours hyperspécialisés, un tel centre jouera un rôle dans la codification des pratiques, l'enseignement et le transfert du savoir médical sur les domaines couverts. Au-delà des soins donnés aux malades, les équipes médicales seront sollicitées pour donner un avis sur dossier, sur une image diagnostique, sur une lame en anatomopathologie. Mais un centre hospitalier peut être centre de référence sans pour autant jouer un rôle de recours quaternaire, de par la qualité des soins qu'il offre et qui va servir de modèle à d'autres centres hospitaliers. En règle générale, un centre de recours hyperspécialisé est souvent un laboratoire d'innovations ou un partenaire privilégié d'unités de recherche publique ou industrielle pour développer et tester des nouveaux outils thérapeutiques ou diagnostiques. Certaines innovations auront d'ailleurs vocation à se diffuser largement et à terme, le centre innovateur en perdra le monopole, mais contribuera à améliorer l'offre de service pour la collectivité.

Le nombre de patients pris en charge au niveau national pour des soins de niveau

quaternaire est généralement peu élevé, soit qu'il s'agisse de maladies rares ou des cas les plus sévères de maladies plus répandues. Si ces patients peuvent représenter une activité significative pour un centre hospitalier, en revanche elles risquent d'être faiblement, voire pas représentées du tout dans une enquête par échantillonnage, comme l'ENC. Par le passé, le ministère de la Santé a été conscient de ce biais pour deux types de services de niveau quaternaire : l'hématologie et les greffes de moelle, les soins aux grands brûlés.

En ce qui concerne la prise en compte de la gravité des patients, la voie poursuivie a été celle du raffinement de la classification en GHS. La V9 et la V10, en introduisant deux niveaux de complications et morbidités associées, ont amélioré la capacité du PMSI à différencier la complexité et la sévérité des cas, mais il n'en reste pas moins que la variance des coûts observés dans la plupart des GHM/GHS reste élevée (521 sur 694 GHM de la V9 ont un coefficient de variation supérieur à 50 %, ce qui veut dire que l'étendue de l'intervalle de confiance à 95 % autour de la moyenne des coûts serait égale au coût moyen lui-même!). La méthode de « l'effeuillage progressif » est aussi une voie expérimentale qui a été utilisée pour différencier les patients au sein d'un même GHM/GHS en fonction de sa sévérité, mais elle n'est pas utilisée dans le cadre de la T2A. D'autre part, lorsqu'on veut utiliser l'ENC ou la base nationale PMSI pour comparer les malades de différents établissements classés dans un même GHM, on reste en France fortement tributaire de l'hétérogénéité des pratiques de codage des diagnostics principaux et des actes, qui ne garantissent pas une comparabilité parfaite. Par exemple, sur les actes, certains établissements tentent de coder de façon exhaustive l'ensemble des actes médico-techniques réalisés pour un patient au cours d'un séjour, classants ou non, alors que d'autres se contentent des actes classants.

La classification en GHM est elle-même toujours en retard par rapport à l'émergence d'innovations, puisqu'elle devra attendre que celle-ci soit stabilisée, évaluée puis « codifiée » dans la CCAM et dans un GHM. Le risque d'une sous-représentation des activités de recours quaternaires dans l'ENC, l'outil de base servant à établir les tarifs par GHM/GHS dans le cadre de la T2A, est important.

Financement des activités de recours

Les prises en charge concernées sont fréquentes dans les établissements pratiquant un recours quaternaire, mais absente de l'ENC, par biais d'échantillonnage. Dans ce cas, l'approche conseillée est de réaliser, comme pour l'hématologie et les grands brûlés, des études *ad hoc* auprès des centres spécialisés, et de fixer un tarif sur la base de cette étude. Si la prise en charge se fait dans un petit nombre d'établissements, l'étude de coûts peut être exhaustif et rendue permanente.

Le deuxième cas de figure est similaire au premier, mais l'activité de recours est liée à la réalisation d'un acte qui n'est pas inscrit à la CCAM. Dans ce cas, quelle que soit la qualité de l'échantillonnage de l'ENC, il ne peut pas apparaître dans cette enquête. Dans ce cas, on peut utiliser la même méthode que précédemment.

Les prises en charge étudiées sont fréquentes pour l'établissement et représentent une part substantielle de certains GHM, mais elles sont aussi représentées dans l'ENC, toutefois avec une fréquence moins élevée. En théorie, il est possible de mener une analyse statistique multivariée sur les données de l'ENC pour évaluer les surcoûts liés à ce type de patients ou d'interventions, et traduire ce surcoût dans les tarifs. Dans ce cas, le payeur peut décider d'inclure dans la Merri, en sus de la rémunération standard du GHM, une rémunération supplémentaire couvrant tout ou partie du surcoût. Dans ce cas, pour inciter l'établissement à contrôler ses coûts, même pour ce type de patients, le payeur peut choisir de ne pas payer le surcoût intégralement, mais de partager les risques. Cela se justifie d'autant plus que le payeur peut observer que l'établissement dégage une marge sur d'autres activités. Cette marge subventionnerait alors en quelque sorte le déficit lié à la prise en charge d'un recours quaternaire.

Missions de centre de référence

La notion de référence est de notre point de vue différente de celle de la notion de recours tertiaire ou quaternaire, définie plus haut. Elle renvoie pour nous à l'excellence dans la pratique de certaines activités, de diagnostic ou de traitement.

Le niveau d'excellence peut se traduire dans certains cas par un coût plus bas que la moyenne des autres établissements, lié à une organisation et à des pratiques professionnelles optimales. Dans ce cas, le

payeur aurait intérêt à ce que ces pratiques se diffusent dans d'autres centres. Un centre de référence pourrait alors être rémunéré pour la mise en œuvre d'actions de formation pour les autres établissements, de façon que ceux-ci rejoignent ce niveau d'efficacité. On pourrait aussi imaginer que l'établissement de référence facture aux autres établissements ces prestations de formation.

Le niveau d'excellence peut aussi se traduire par des coûts plus élevés que la moyenne, mais assortis de résultats meilleurs. Dans ce cas, il est du ressort du payeur de décider combien il est prêt à payer pour cette qualité supplémentaire. Une évaluation coût/bénéfice permettrait de connaître la valeur de cette excellence. On est cependant loin dans le contexte français de l'utilisation du calcul économique pour comparer la valeur de différentes pratiques et les financer en fonction de leur ratio coût/bénéfice. Une solution alternative consisterait d'abord à récompenser un établissement sur ses performances en termes de qualité de soins.

La notion de référence peut signifier que les équipes médicales d'un établissement seront sollicitées pour donner un avis sur un diagnostic ou sur un traitement pour un patient donné.

Plus simplement, la notion de référence peut signifier que les équipes médicales d'un établissement seront sollicitées pour donner un avis sur un diagnostic ou sur un traitement pour un patient donné. L'activité de référence va se traduire dans ce cas par des consultations sur dossier, des consultations avec le patient mais sans prise en charge dans l'établissement, des relectures d'images diagnostiques, de lames d'anatomopathologie, etc. Sauf lorsque le patient est vu en consultation, de tels avis ne peuvent pas être facturés aujourd'hui. Or, si leur volume est important, les médecins impliqués peuvent y consacrer une partie significative de leur temps, éventuellement au détriment du recrutement de patients pour leur propre établissement, et donc de recettes dans le cadre de la T2A. Mais si cette activité n'est pas facturable, elle est mesurable avec des unités d'œuvre relativement simples, et pourrait donc donner lieu à paiement

par actes, sur la base d'un tarif qu'il resterait à établir. Il reste pour le payeur à vérifier la sincérité du comptage et donc de la facturation de ces actes. Une méthode simple consisterait à ne payer que les avis donnant lieu à compte-rendu écrit et signé par le médecin référent.

Développement d'innovations

On se propose ici de faire une distinction entre l'impact des activités de recherche, telles que précédemment décrites, et l'impact des innovations thérapeutiques, notamment les innovations dites « coûteuses ». Certaines de ces innovations émergent du processus de recherche, elles en font partie de façon intrinsèque, dès lors qu'elles en sont à un stade de conception et d'évaluation. Mais dès qu'elles ont été évaluées de façon rigoureuse, avec ou sans label réglementaire (AMM par exemple), elles passent dans une phase de transfert dans la pratique clinique courante. En principe, leur utilisation est encadrée par les indications pour lesquelles elles ont fait la preuve de leur efficacité. En

réalité, ces indications seront souvent élargies ou modifiées au gré de l'expérience acquise. Ces modifications peuvent être elles-mêmes génératrices de nouvelles recherches cliniques, visant à valider de nouvelles hypothèses sur leurs effets. Mais lorsque ce n'est pas le cas, elles peuvent avoir un impact important sur les coûts hospitaliers. En principe, la classification des GHM devrait suivre leur émergence, et leur financement devrait se faire par leur identification dans le PMSI. Dans la pratique, elles précèdent les évolutions des GHM. Par ailleurs, au début de la phase de transfert, elles vont être utilisées par un petit nombre d'établissements, qui supporteront en premier le coût de leur diffusion. C'est ce qui justifierait l'élaboration d'un mode de financement spécifique distinct de celui de la recherche telle que précédemment définie.

La difficulté principale est ici celle de l'identification des innovations en cours

de développement, puisque celles-ci peuvent couvrir tout le champ de la médecine hospitalière et que, par définition, leur apparition et leur évolution ne sont pas prévisibles. Le programme de soutien aux innovations thérapeutiques coûteuses permet d'identifier tous les ans des innovations majeures et d'en financer partiellement le développement dans le milieu hospitalier. De surcroît, les recherches menées dans ce cadre comportent un volet économique qui peut ensuite permettre d'établir un tarif. Mais le programme ne peut pas couvrir tout le champ de l'innovation. On se trouve alors clairement dans une situation d'incertitude forte, tant pour l'hôpital que pour le payeur. On a vu que dans ces cas de figure, un paiement rétrospectif sur la base des coûts observés peut se justifier, que l'innovation soit un succès ou un échec. Il peut cependant être difficile de procéder à cette évaluation rétrospective des coûts. Dans ce cas, on peut adopter une méthode similaire à celle proposée pour la recherche, et financer *a priori* de façon forfaitaire l'innovation par une dotation, dont la reconduction serait soumise à une évaluation systématique des réalisations d'un hôpital. Cette dotation pérenne pourrait comme pour la recherche être indexée sur les effectifs médicaux d'un établissement hospitalier.

Conclusions

Dans ce texte, on a tenté d'appliquer de façon systématique aux activités Migac le modèle simple présenté plus haut, qui examine la modalité la plus adaptée de paiement en fonction de degré d'incertitude liée à une activité donnée, mais aussi de la capacité du payeur à observer les conditions de production de cette activité et ses résultats. On a montré qu'on peut alors financer de nombreuses activités Migac par un tarif prospectif à l'acte ou à la prestation, pour peu que l'on sache mesurer sa production. Le financement forfaitaire s'impose lorsqu'on ne dispose pas de mesure simple de la production. Dans ce cas cependant, un paiement forfaitaire prospectif qui ne couvre pas tous les coûts permet un partage des risques, et le payeur peut encore diminuer l'asymétrie de son information en définissant les processus de production

(agrément) et en faisant de la comparaison intercentres. Dans le cas d'une incertitude radicale, un paiement rétrospectif des coûts pourrait se justifier. Dans le cas de la recherche, on a vu qu'une solution alternative consistait à financer de façon pérenne un potentiel de recherche, et à évaluer régulièrement l'emploi qui en est fait par un établissement.

Les propositions qui découlent de cette analyse peuvent sembler complexes à mettre en œuvre, puisqu'elles conduisent à une variété de modes de financement au sein même de la Migac. Cette complexité s'oppose à la simplicité du dispositif actuel, fondé sur une allocation proportionnelle aux dépenses totales de l'hôpital. Cette simpli-

cité est toutefois trompeuse. Le payeur public a dû mettre en place un dispositif d'observation des activités Migac des établissements publics, fondé principalement d'ailleurs sur les déclarations de ceux-ci. Puisque ce recueil d'information existe, le coût marginal des solutions proposées n'est peut-être pas aussi important qu'il le paraît. Il inclura cependant la mise en place d'incitations économiques pour s'assurer de la sincérité et de l'exactitude des données déclaratives recueillies.

Ce texte n'est cependant qu'une plateforme de discussion et mérite d'être amendé, amélioré et éventuellement rejeté. Les idées développées n'engagent que leur auteur. •

Faut-il et comment dénombrer toutes les missions d'intérêt général ?

Bertrand Guidet

PU-PH, réanimation médicale et département de l'information médicale (DIM), hôpital Saint-Antoine (AP-HP)

Ma position de médecin clinicien et de responsable de département de l'information médicale me permet d'aborder la question du recensement des activités de mission d'intérêt général à partir de deux points de vue.

Point de vue du clinicien

Nous entrons dans une période de pénurie médicale et les tâches à accomplir pour les médecins cliniciens ne cessent d'augmenter (*tableau 1*), avec en particulier le temps dévolu à l'explication et au recueil du consentement aux soins, à l'information des familles, à la prévention et à la gestion des risques, aux vigilances sanitaires. Les médecins doivent également participer à l'amélioration continue de la qualité. Pour les chefs de service, la gestion du personnel et de manière plus générale le management avec les nombreuses interfaces entre différents personnels et gestion de conflits prend une place majeure. Il faut gérer le matériel ainsi que l'informatisation. Il faut actualiser ses connaissances par une

autoformation importante. Pour les médecins hospitalo-universitaires, il faut intervenir dans les programmes de recherche et dans l'enseignement, autant d'actions qui peuvent élarger au titre des Merri et donc être également source de recettes pour les établissements hospitaliers.

La déclinaison de ces tâches en temps horaire est indiquée dans le tableau 2 qui reprend une enquête d'une semaine réalisée auprès de médecins réanimateurs médicaux. La lecture de ce tableau fait apparaître clairement que le temps dévolu aux soins est plus faible pour les médecins seniors et beaucoup plus faibles pour les enseignants chercheurs. Il est donc obligatoire pour un médecin clinicien de hiérarchiser ses propriétés et très clairement tout ce qui est documentation administrative n'est pas jugé prioritaire par la grande majorité des praticiens. En conséquence, il faut mettre à disposition des praticiens des outils performants facilitant la collecte et la vérification des données. Il est probablement nécessaire de réfléchir à de nouveaux métiers avec du personnel de type *data*

collector mis à disposition des services ou des pôles. Ces personnes seraient chargées de la collecte de la vérification de toutes les données médico-administratives et des vigilances sanitaires.

Si les cliniciens acceptent de participer à la collecte des informations MIG, il faut prévoir un système d'intéressement transparent. En tout état de cause, nous ne pourrions pas faire l'économie d'une communication active au niveau de l'hôpital pour faire comprendre à tous les acteurs qu'il existe une nécessaire solidarité inter-service, interpôle et interhôpital pour un établissement multisite.

Point de vue du médecin DIM

Il faut que la collecte des informations élémentaires soit facilitée avec élaboration d'une liste d'items sans ambiguïté de définition. Il faut que le système d'information hospitalier facilite la saisie des informations au plus proche de la réalisation avec contrôle de qualité à la saisie. Il faut mettre en place une procédure de contrôle de qualité interne et connaître les règles qui seront appliquées pour le contrôle de qualité externe et les sanctions pour l'hôpital en cas d'écart entre le déclaratif et le réel. Afin de faciliter la collecte d'informations, il faut mobiliser tous les acteurs de l'hôpital qui gèrent des informations, le plus souvent sur des systèmes informatiques non connectés et cloisonnés. Citons par exemple le travail réalisé par les assistantes sociales qui peuvent, quand elles ouvrent un dossier, introduire un code précarité (tableau 3), deman-

der au pharmacien d'entrer les codes essais thérapeutiques (Z00.6), demander à l'équipe mobile de douleur et soins palliatifs quand elle intervient auprès d'un malade d'utiliser les codes de soins palliatifs (Z51.1). De la même manière, l'équipe mobile gériatrique pourrait entrer des codes autonomie ou démence, autant de facteurs qui peuvent allonger les durées de séjour et intervenir dans les recettes de l'hôpital. Les secrétaires de consultation ou infirmières de consultation pourraient saisir les consultations pluridisciplinaires. L'unité d'hygiène et de lutte contre les infections nosocomiales (Uhlín) peut coder les infections nosocomiales (Y95). Cette mobilisation de tous les acteurs suppose une sensibilisation par l'intermédiaire de réunions ouvertes à tous avec exposé des résultats obtenus et des recettes générées.

Les données une fois saisies doivent être validées, contrôlées et surtout analysées. Ce travail suppose une réflexion organisationnelle au sein des établissements de santé avec définition claire du rôle de chacun : DIM, direction des finances, conseil exécutif, conseil de pôle.

Les solutions alternatives à un recueil exhaustif et continu pourraient être de conserver un forfait, type abattement de 13% qui était prévu pour les actions d'enseignement et de recherche dans l'ancien PMSI. Ce forfait pourrait être adapté en fonction d'une typologie d'établissement tenant compte de la structure de l'environnement et du recrutement de l'hôpital.

On pourrait aussi, à l'instar de ce qui est réalisé pour les infections nosocomiales,

1 tableau Liste des tâches pour les médecins cliniciens

Soins aux malades
Information et accompagnement des familles
Amélioration continue de la qualité :
comités
revue de morbidité-mortalité
Gestion des risques/vigilances sanitaires
Réseaux
Consultant médical
Interne ou externe
Problèmes médico-légaux
Contribution aux décisions stratégiques de l'établissement
Épidémiologie et contrôle des infections
Allocations de ressources
Politique d'admission et de sortie
Gestion de conflit
Gestion du matériel :
plan équipement
évaluation de nouvelles technologies
Informatique et bureautique
Politique de santé
Relations interhospitalières
Relations avec :
l'administration
l'équipe médicale
l'équipe soignante
les acteurs autres : kiné, diététiciens, psychologue...
les services sociaux
les laboratoires
l'imagerie médicale
les autres services cliniques
les services du culte
Autre formation
Recherche
Enseignement

2 tableau

Répartition du temps de travail des médecins réanimateurs médicaux. Résultats d'une étude multicentrique menée sur une semaine

Type d'activité	Total	% du total	Assistants	PH	PU-PH
Soins aux patients	49	72	67	52	29
Organisation du service	5	7	4	5	8
Organisation de l'hôpital	4	6	1	4	7
Autoformation	6	9	5	5	7
Enseignements	2	3	1	2	6
Recherche	2	3	2	2	4
Total (heures par semaine)	68	100	80	70	61

3 tableau

Codes précarité

Z550	Difficultés liées à l'analphabétisme et au faible niveau éducatif
Z560	Difficultés liées au chômage, sans précision
Z567	Difficultés liées à l'emploi, autres et sans précision
Z590	Difficultés liées au fait d'être sans abri
Z596	Difficultés liées à de faibles revenus
Z597	Difficultés liées à une couverture sociale et un secours insuffisants
Z599	Difficultés liées au logement et aux conditions économiques
Z601	Difficultés liées à une situation parentale atypique
Z603	Difficultés liées à l'acculturation
Z622	Difficultés liées à une éducation dans une institution
Z651	Difficultés liées à un emprisonnement et autre incarcération
Z652	Difficultés liées à une libération de prison
Z742	Besoin d'assistance à domicile
Z751	Sujet attendant d'être admis ailleurs, dans un établissement adéquat

réaliser une analyse un jour donné, type enquête de prévalence.

On pourrait aussi, par tirage au sort, procéder à une analyse sur échantillon par service ou par période.

Démarche adoptée à l'AP-HP

Un travail a été coordonné au sein de la direction des finances de l'AP-HP avec une enquête menée auprès de chacun des hôpitaux et une vérification de la cohérence des données avec la CAE 2003.

La synthèse des items constitue une base de 1 500 éléments qui peuvent être proposés pour une valorisation au titre des Migac. La confrontation de cette liste avec la liste officielle publiée par décret fait apparaître qu'environ 50 % des activités listées ne sont pas valorisées (promotion professionnelle, autres centres de référence, écoles non régionalisées, grande garde de neurochirurgie, certains réseaux, protection maternelle et infantile, certains dispositifs médicaux implantables; consultation multidisciplinaire, planning familial, unité médico-judiciaire). Cependant, les activités valorisées au titre de la recherche médicale et de l'innovation, des missions de santé publique, de la participation aux politiques publiques et de l'activité de soins dispensés à des populations spécifiques, représentent pour l'AP-HP un budget de 12,2 % de la totalité du budget MCO + urgences. Il apparaît donc que pour un établissement comme l'AP-HP, le recensement des activités Migac est un objectif prioritaire afin de pouvoir financer des actions non couvertes par la valorisation de l'activité.

Conclusion

Il faut aider les médecins cliniciens à la collecte des informations et expliquer les enjeux. Il faut définir le rôle de chacun dans la collecte, l'analyse et la diffusion de l'information. Il faut réfléchir aux mesures d'intéressement.

Il faudra certainement intégrer une démarche qualité dans les MIG. En effet, il faut vérifier que le budget investi dans ces missions correspond effectivement à des missions nécessaires et que le résultat obtenu est conforme aux attentes. Il faudra probablement mener une réflexion économique type échelle nationale des coûts pour les MIG. •

Financement T2A : quel modèle de la performance de l'hôpital ?

Réflexion sur le sens d'une réforme

Michel Naiditch

Maître de conférences universitaire, Paris-7, directeur de recherche au DIES, filiale de la Fondation de l'avenir

Philippe Mossé

Directeur Laboratoire d'économie et de sociologie du travail (Lest), CNRS, université de la Méditerranée, université de Provence

Ce texte est le fruit de la réflexion commune de deux chercheurs. Le premier, médecin de santé publique spécialisé dans le système de classification hospitalière, s'est plus particulièrement intéressé aux implications de cette réforme en termes de santé publique, et sur ce qu'elle nous laisse présager des valeurs qui la sous-tendent, en lien avec la rhétorique utilisée pour la promouvoir. Le second a abordé ce sujet avec le regard d'un spécialiste de l'économie et de la gestion, attentif aux dynamiques et aux opportunités stratégiques des acteurs dont est porteur tout outil de gestion et/ou de financement.

Les réformes : une opportunité pour les acteurs de terrain

Les réformes successives et les compromis qu'elles construisent s'inscrivent dans un jeu d'acteurs en mouvement. Les hôpitaux ne sont évidemment pas les seuls à tenir compte des stratégies des autres parties prenantes. Les ajustements sont donc à la fois réciproques et continus, si bien qu'aux accommodations des outils de gestion (ou de financement) opérées par les acteurs hospitaliers répond l'évolution de ces mêmes outils de la part des tutelles. Or, et on reconnaîtra là un trait spécifiquement français, il semble qu'on ne puisse réformer que dans la crise, quitte à la créer artificiellement par le discours, les réformes étant justifiées par une nécessité impérieuse, impliquant une rupture avec le mode de régulation antérieur. Il résulte alors de l'absence de véritable succès de ces réformes successives (ce qui, dans le système de soins, a été malheureusement la règle) qu'elles ont fini par construire un « apprentissage négatif par la défiance » ou le réflexe du « dos rond ». Cette

attitude de réticence ou d'opposition larvée n'a en fait pas grand-chose à voir avec une prétendue « résistance au changement » des acteurs hospitaliers notamment publics, si volontiers mise en avant par nos réformateurs zélés d'aujourd'hui. Elle doit beaucoup plus au désir des acteurs de conserver ou de récupérer des marges de manœuvre, face aux incertitudes générées par les impacts anticipés des dites réformes, parfois prévisibles lorsqu'il s'agit de modèles importés (comme c'est le cas de la T2A). Ces espaces de liberté ne visent pas en effet uniquement à sauvegarder des sources de pouvoir ou des rentes de situation que les réformes visent explicitement à réduire. Ils doivent être d'abord compris comme autant d'opportunités pour essayer de maîtriser un changement d'autant plus craint qu'il est vécu comme imposé du haut. À cet égard, les leçons du passé sont instructives.

Les leçons du passé

La succession de réformes venues du haut et faiblement négociées du fait de leur urgence affichée est en effet porteuse de deux effets contradictoires : d'une part, les changements de la règle du jeu se justifient par la nécessité de ne pas laisser s'installer des comportements opportunistes générés par n'importe quel outil de gestion. Mais dans les faits, les réformes aboutissent à en susciter de nouveaux. Par exemple, dans les années 1970 et 1980, le prix de journée et surtout l'annonce (en début d'exercice comptable) du niveau de son taux d'augmentation pour l'année suivante avaient conduit les directeurs d'hôpitaux à établir leur budget prévisionnel à partir de cette augmentation. Ce taux était conçu au niveau central (ministériel) comme un maximum à ne pas dépasser.

Dans les faits, il est peu à peu devenu un plancher ; avec en conséquence une inflation des dépenses avoisinant les 15 % annuels durant les années 1970. De même le budget global, mis en place pour répondre à cette inflation des dépenses hospitalières, s'il a bien réussi à en ralentir le rythme d'augmentation, a par contre facilité le maintien des inégalités au profit des établissements qui étaient « surdotés » au moment de sa mise en place, (notamment ceux qui ont réussi à y inclure leur budget d'investissement passé) en reconduisant d'année après année les écarts historiques et en accentuant ces écarts. Mais il a dans le même temps favorisé la course aux ressources annexes, inégale elle aussi par définition. Ainsi, certains gros établissements ont pu avoir accès à des ressources complémentaires au travers d'associations loi 1901 rattachées directement aux services hospitaliers, sans que parfois même le directeur de l'hôpital ait été informé de leur existence. De même, certains services, menant pour l'industrie pharmaceutique des essais thérapeutiques, ont pu bénéficier de financements importants sans que la tutelle puisse véritablement en tenir compte. Dans certains établissements, l'attraction de ressources externes de toute sorte a ainsi reçu l'assentiment tacite des directeurs, satisfaits de trouver face à eux des chefs de service moins revendicatifs.

Mais si cet enchaînement de réformes a ainsi suscité des réactions, il est simultanément à l'origine d'un véritable blocage de l'imagination d'une grande partie des managers et de l'ensemble des acteurs du système : anticipant que les règles du jeu allaient changer sans qu'ils soient effectivement associés à leur définition nouvelle, ils ont eu tendance à s'arc-bouter d'autant plus sur le système ancien qu'ils avaient fini par apprendre à en maîtriser les effets.

Le devenir, positif ou négatif, d'un outil de financement nouveau est ainsi inscrit en grande partie dans la manière dont les acteurs auront su dans le passé réagir aux changements proposés. *In fine* et au-delà de la nature des outils et de leur obsolescence plus ou moins programmée, pour que le changement proposé soit vécu positivement, il faut qu'il réunisse deux conditions : d'une part que les acteurs aient le sentiment qu'il est compatible avec le sens de leur action ou que celle-ci est susceptible d'évo-

luer en restant en phase avec les différentes façons de penser les métiers du soin qui coexistent dans les hôpitaux ; d'autre part que face aux adaptations nécessaires, les outilleurs de la réforme sachent tenir compte des différents contextes locaux et statutaires des hôpitaux, lesquels peuvent avoir un fort impact sur le niveau de leur performance mesurée, mais sans que cette dernière traduise son véritable niveau, en générant le sentiment d'un traitement inégal.

Regards sur le futur

La T2A : une mesure de la productivité ou de l'efficacité hospitalière

Idéalement, aux yeux de ses promoteurs, la T2A devrait permettre de révéler les coûts réels de chaque établissement et donc l'efficacité de l'organisation, en obligeant les différents acteurs hospitaliers, notamment les médecins, à réaliser des arbitrages en termes d'activité (en nature et en volume). Elle devait aussi permettre aux praticiens de rentrer pleinement dans la culture de l'organisation, *via* la nouvelle gouvernance, tout comme le PMSI (au travers du RSS) avait permis aux soignants de rentrer dans la cul-

Idéalement, la T2A devrait permettre de révéler les coûts réels de chaque établissement et donc l'efficacité de l'organisation, en obligeant les différents acteurs hospitaliers à réaliser des arbitrages en termes d'activité...

ture de la donnée. Il fallait néanmoins veiller à ce que cette incitation à une meilleure productivité reste compatible avec la qualité des soins délivrés, ce qui ne va pas de soi. Prenons l'exemple des soins de réadaptation (qui ne sont pas concernés pour l'instant par la nouvelle modalité de valorisation de l'activité). On voit combien un ensemble de jeux stratégiques s'ouvre pour un établissement soumis à la T2A et dans lequel le patient pourra être considéré tantôt comme une cible désirée, tantôt comme une contrainte à éliminer. Dans ces conditions, il n'est pas certain que les gains de productivité de l'hôpital se traduiront par un gain véritable pour le patient en termes de qualité du résultat : le recours à l'hospitalisation à domicile ou le transfert vers une structure de moyen séjour n'aura pas la même signification et/ou le même résultat

selon qu'il s'agira d'accélérer la rotation des patients pour augmenter l'activité ou d'assurer la pertinence et la qualité des soins dans le cadre d'une véritable coordination locale, éventuellement plus coûteuse pour l'hôpital. Un choix « productiviste » pourrait d'ailleurs s'avérer peu productif en l'absence d'une connaissance des vrais coûts, permettant de savoir là où on est gagnant et là où on est perdant compte tenu des tarifs, la pire des éventualités étant alors de choisir un pilotage à l'aveugle sous couvert d'améliorer sa productivité. En sachant qu'à ce petit jeu, certains sont d'ores et déjà moins borgnes que d'autres. Les établissements privés lucratifs disposent en effet aujourd'hui d'un substitut efficace à la comptabilité analytique : leur système de facturation double constitue un outil puissant, leur permettant de réaliser un suivi fin de leurs dépenses et de leurs recettes. Dans la mesure où les tarifs d'aujourd'hui ont été construits en s'appuyant en partie sur la valeur des actes de l'ancienne nomenclature, ils devraient pouvoir se piloter correctement durant la phase de transition. Mais les choses risquent de changer pour eux lorsqu'ils ne disposeront plus, en

ce qui concerne les actes réalisés, que des tarifs fondés sur la nouvelle classification des actes. Dans la mesure où il n'existe pas de corrélation tarifaire systématique entre l'ancienne et la nouvelle nomenclature, il leur faudra reconstruire d'autres outils de gestion, fondés davantage sur les durées prévisibles de séjour et les temps d'occupation des blocs. Ceux qui auront su intelligemment investir dans l'information médico-économique seront les gagnants. « Bravo, diront les réformateurs, il est normal qu'une anticipation intelligente soit récompensée. » Mais l'hôpital public, qui ne dispose pas de ce type d'outil, comment va-t-il pouvoir se piloter durant la phase de transition et où ira-t-il chercher ses marges de manœuvre ? D'autant qu'à cette difficulté s'ajoutent celles reliées à ses missions de service public.

Les difficultés de l'hôpital public : quelle place pour les MIG ?

Indépendamment du fait que le partage de marché réalisé à l'occasion des deux premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) est déjà très favorable au secteur privé lucratif, dominateur sur le champ de la chirurgie programmée, relativement rentable et plus facile à organiser

actuelle de réponse au niveau national : nul ne sait aujourd'hui quelle sera la part couverte par la T2A dans le financement de l'hôpital : 50 %, 70 %, 90 %, 95 % ?

Au plan micro-économique, chaque hôpital devra négocier avec son ARH un contenu d'activité qui échappera au système de la tarification à l'activité. Cette séparation technique entre une rémunéra-

de ces activités. » On pourrait bien sûr émettre les hypothèses que les surcoûts éventuels soient compensés par des tarifs différents (comme cela a été le cas aux USA) ou que des ressources annexes puissent être dégagées par d'autres financeurs (aux USA, les hôpitaux ont pu aller chercher, en dehors du paiement au DRG, des financements alternatifs notamment par le biais d'autres assureurs ou des municipalités). Mais aucune de ces solutions n'est aujourd'hui possible chez nous.

Au total, même si des CHU très engagés dans une politique territoriale peuvent être momentanément déstabilisés, on peut compter sur l'efficacité de leur réseau politique pour qu'ils sachent trouver les aménagements nécessaires à leur survie. Plus mal lotis apparaissent être certains grands CH situés dans des régions défavorisées et qui se sont fortement investis dans les MIG. Mais, *in fine*, ce seront les petits hôpitaux, affaiblis plus par la crise de la démographie médicale que par leur productivité inférieure (laquelle reste discutée), qui devront, pour survivre, et dans la mesure où cela constitue leur seule variable d'ajustement, abandonner leur politique de « réseautage territorial » qui avait abouti parfois à une série de dispositifs innovants avec la médecine de ville et susceptibles de tracer des voies originales pour outiller la réforme nécessaire des soins de première ligne, que chacun juge inéluctable.

Le quasi-marché aura ainsi produit son effet et mis en évidence toutes les ambiguïtés du discours visant à promouvoir des politiques de santé publique territorialisée. Gageons que, derrière les mots, la recherche obsessionnelle de la concentration des plateaux techniques aura su y trouver son compte. Mais il faudra bien financer d'une manière ou d'une autre les services publics ainsi sacrifiés, sauf à voir grandir les inégalités territoriales et sociales de santé.

Ainsi, tous les problèmes aujourd'hui en suspens apparaissent liés : le type et le pourcentage d'activité soumis à la T2A ; l'existence de tarifs nationaux applicables en tout point du territoire de façon uniforme, *versus* l'existence d'une modulation régionale des tarifs ; le volume des marges de manœuvre régionales allouées aux ARH pour permettre une adaptation aux besoins différentiels des régions ; la possibilité de recourir à des financements annexes en provenance des diverses collectivités territoriales.

Au plan micro-économique, chaque hôpital devra négocier avec son ARH un contenu d'activité qui échappera au système de la tarification à l'activité.

de façon efficiente, l'hôpital public se retrouve dans une situation doublement défavorable. D'abord du fait qu'il doit gérer simultanément des activités programmées et des situations qui ne le sont pas (telles les urgences), ce qui n'est pas sans créer des difficultés d'organisation avec les services d'hospitalisation ; d'autre part du fait qu'une plus grande ouverture de l'hôpital sur son environnement lui est demandée, notamment au travers de la mise en place des Sros et des politiques territorialisées de santé publique. L'avenir de l'hôpital dans sa fonction de production de « service public » dépend non seulement des capacités d'adaptation de ses processus de production, mais aussi de la façon dont il sera en capacité de participer à la définition et à la mise en œuvre de missions rénovées de service et de santé publique, notamment au niveau de sa région ou de son territoire, lesquelles missions devraient se décliner au travers de ce qu'on nomme dorénavant « MIG » et dont certaines supposent des coopérations étroites avec leur environnement. Or, la réussite de ce double objectif apparaît aujourd'hui problématique du fait que, pour les activités non financées par la T2A, les relations entre chaque hôpital et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) vont être profondément modifiées, car fondées sur une contractualisation dont les modalités restent encore floues.

Au plan macro-économique, il s'agit en effet de décider quelles activités relèveront d'un forfait et non d'un prix à l'acte. Autrement dit, quelle part sera effectivement dévolue à ce qui, dans le fonctionnement de l'hôpital, ressort des missions de service public (dont l'enseignement recherche) ou de la santé publique. Il n'existe pas à l'heure

de la tarification à l'activité ainsi la frontière (par construction, mouvante) entre la négociation externe (entre l'hôpital et l'ARH) et interne (qui concerne le directeur et les médecins, lesquels devront s'atteler à la résolution des questions suivantes : quelles activités relèvent du MIG ? Lesquelles supprimer, conserver, voire développer ? Sous quelle responsabilité ? Avec quelle source de financements ? Pris sur quels budgets ?

Des disparités régionales qui obèrent la construction de politiques de santé publique territorialisée

Cette question est capitale car on commence à s'apercevoir qu'il existe une grande diversité entre hôpitaux et entre régions. Le contenu et donc le coût des MIG supportés par le budget de l'hôpital peuvent en effet varier de 0 % à près de 15 % selon les établissements et avec des situations très variables d'une région à l'autre. En effet, en fonction de l'histoire, de la géographie et du contexte politique local, c'est tout un ensemble de services qui a été construit à partir de différents « trocs » réalisés avec les tutelles locorégionales, ces compromis ou partenariats passé avec les acteurs locaux impliquant des financements croisés, qu'il est très difficile d'explicitier et de quantifier. Ces arrangements locaux ont fini par produire une certaine forme d'irréversibilité qui fait que les hôpitaux ayant fortement investi dans ces missions vont devoir les renégocier avec leur ARH. On imagine alors le *deal* : « Voilà ce que nous faisons et voilà la partie que nous finançons sur notre budget : vous prenez en charge nos surcoûts au travers du contrat d'objectifs et de moyens (COM) ou nous abandonnons tout ou partie

Une réforme à outiller sur le plan évaluatif et démocratique

L'absence quasi totale de réflexion et de débat sur tous ces points s'est traduite par une avancée à marche forcée, sans aucune visibilité pour les acteurs de terrain et avec une absence de prudence dans le processus de mise en place de la réforme, qui tranche avec la prudence de tous les autres pays européens ayant mis en place ce type de financement hospitalier. Tout cela montre à l'évidence que cette réforme a d'abord été voulue et imposée pour des raisons idéologiques qui font du marché le mode dominant de régulation du système hospitalier.

Pourtant, un détour par l'étranger apparaît instructif, notamment ce que l'expérience américaine peut nous apprendre sur les impacts possibles de cette réforme. Avant d'aboutir à un tarif unique pour tous les hôpitaux, les Américains ont eux aussi fait preuve de prudence : sensibilisés aux effets potentiellement délétères de cette réforme qu'ils avaient pourtant voulue, les parlementaires américains, responsable du système Medicare ⁽¹⁾ avaient voté dès le début de la phase expérimentale de la réforme, la mise en place d'une instance d'évaluation (Propac) dotée de moyens considérables, avec pour mission d'en mesurer les conséquences sur les hôpitaux, aussi bien en termes d'équilibre financier que de qualité des soins. Composée de dix-sept membres indépendants, elle avait été chargée par le secrétariat d'État à la santé d'établir des recommandations sur l'évolution des tarifs et l'amélioration du système de paiement prospectif et a fonctionné pendant quinze ans. Ce sont ses travaux qui ont mené à limiter notamment le périmètre d'application du système T2A en le limitant à 50 % de l'activité, alors même que les hôpitaux disposaient de marges de manœuvre financières conséquentes : soit en ayant recours notamment pour les patients « non Medicare » à des systèmes de paiement alternatifs plus avantageux ; soit en ayant recours à d'autres systèmes de financement pour des activités ne rentrant pas dans ce type de financement, avec de surcroît la possibilité d'être remboursés directement de certains coûts de fonctionnements particuliers. Les règles de tarifica-

tion des cas atypiques ont été modifiées en leur faveur ; il a été introduit un financement spécifique pour les établissements ayant une proportion importante de patients à « bas revenus » (le taux d'évolution différentiel des prix a été modulé selon le niveau d'urbanisation de la zone d'implantation des hôpitaux, etc.). Un indice des prix des principaux produits entrant dans la production des soins a été créé et suivi chaque année, avec réévaluation des tarifs en conséquence ; une évaluation de l'impact sur l'évolution technologique et de la productivité a été également effectuée.

Cette réforme américaine, conçue comme un outil non exclusif, a donc été à la fois pensée à l'avance et outillée de façon importante dans son suivi. C'est donc au regard de tous ces faits qu'une véritable évaluation de la réforme française apparaît absolument nécessaire et urgente, et ce d'autant plus qu'il faut prendre en compte les conséquences possibles des facteurs aggravants et absents aux États-Unis :

- la coexistence de deux systèmes privés lucratif et public, avec une part très forte du premier par rapport à la majorité des pays européens. On sait combien est prégnant et récurrent en France le débat, pourtant peu argumenté sur le plan économique, sur l'homogénéisation du mode de financement des deux secteurs, la nécessité d'une échelle commune de coûts n'étant que l'ultime avatar de cette controverse. À ce titre, les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie font clairement ressortir le fait que, dans aucun pays, cette convergence n'a été envisagée, et ce pour des raisons qui tiennent précisément aux différences de statut, de missions et de clientèles entre les deux secteurs ;
- la coexistence de deux modes de régulation du système hospitalier, *a priori* antagonistes : l'un par les prix et la concurrence, l'autre par la planification *via* les Sross. Là aussi le débat récurrent entre concurrence/ complémentarité vient créer un effet de brouillage peu favorable à un véritable débat ;
- l'existence d'un payeur quasi dominant, pour ne pas dire unique, ne permet pas aux hôpitaux d'aller chercher ailleurs des ressources en quantité suffisantes pour gérer leurs contraintes. Alors même qu'on estime qu'en dépit des facilités existant

aux USA, 15 % à 20 % des hôpitaux ont dû fermer entre 1985 à 1995 du fait de cette réforme, 30 % des survivants avaient un équilibre financier durablement compromis ; cette configuration, aux dires de la majorité des experts, a facilité dans les années 2000 la mainmise des assureurs privés et des employeurs sur la gestion du système hospitalier.

L'expérience américaine montre donc la nécessité, pour maîtriser le nouveau système, de :

- « perfectionner » le système de financement afin de tenir compte de certaines caractéristiques des établissements justifiant des différences de coûts ;
 - faire évoluer les tarifs pour tenir compte de l'évolution structurelle du coût des soins hospitaliers, liée à l'inflation des prix de certains facteurs de production, aux évolutions scientifiques et technologiques mais aussi aux gains de productivité ;
 - contrôler les effets incitatifs au surcoût entraînant une inflation artificielle des prix ;
 - assurer une égalité de traitement sur le territoire et les missions d'intérêt général.
- La création d'une commission parlementaire de suivi de la réforme et dotée des ressources nécessaires apparaît comme un complément indispensable au dispositif de pilotage et de suivi que le gouvernement propose aujourd'hui, lequel pêche en ce qu'il ne distingue pas suffisamment opérateurs et évaluateurs, avec dès lors des risques forts de conflits d'intérêts. Cette commission parlementaire serait à même de garantir le caractère démocratique du suivi de la réforme, en permettant à la représentation nationale de jouer son rôle de contrôleur de l'application de la loi. Elle devrait permettre de faire de l'évaluation de la réforme un véritable outil d'aide à la décision, permettant son pilotage de façon démocratique tout en sortant de discours aujourd'hui encore trop idéologiques, car faiblement argumentés. •

note

(1) Système d'assurance fédérale pour les personnes âgées de plus de 65 ans, dont le financement des soins hospitaliers, représentant en moyenne 50 % des hospitalisations, constituait l'unique cible du nouveau système de tarification.

Communiquez !

plaquettes
catalogues
revues
livrets d'accueil
annuaires
logos
sites web
salons



HÉRAL

44, rue Jules-Ferry
94400 Vitry-sur-Seine
Tél. : 01 45 73 69 20
Fax : 01 46 82 55 15

