

La réforme et l'hôpital

Le plan « Hôpital 2007 » réforme le système de financement des établissements de santé. La référence à l'activité est désormais au centre du nouveau dispositif. Afin d'associer assurance maladie et hôpital, un Conseil de l'hospitalisation a été créé par la loi d'août 2004.

Le Conseil de l'hospitalisation

Dominique Bertrand
Professeur des universités,
praticien hospitalier
Assistance publique-
Hôpitaux de Paris,
médecin national de
la Mutualité sociale
agricole

Cette instance, créée auprès des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, a pour objectif de les conseiller sur les principales décisions ayant un impact essentiellement budgétaire sur les établissements de santé, publics ou privés. Il est composé de neuf membres, représentant d'une part les directions du ministère (trois voix pour la direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, deux pour la direction de la Sécurité sociale, une pour la direction générale de la Santé) et d'autre part, l'assurance maladie (deux voix) ; une personnalité qualifiée est en outre désignée pour sa compétence. La présidence du Conseil est assurée par le directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins, la vice-présidence par le directeur de la Sécurité sociale. Des décisions votées peuvent être nécessaires mais dans les faits, les discussions permettent l'expression de la diversité des opinions en fonction des positions respectives, financeurs ou gestionnaires du système hospitalier.

Le Conseil de l'hospitalisation émet des recommandations à la fin du premier semestre de chaque année lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sur les montants des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales afférentes aux établissements de santé. Ces

propositions sont accompagnées d'un rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement de la sécurité sociale. De même, avant la fin de chaque année, il donne un avis sur l'ensemble des mesures mises en œuvre dans le cadre de la LFSS (tarifs, dotations nationales et régionales, etc.). Le Conseil de l'hospitalisation est également saisi pour avis sur les projets ou protocoles en matière salariale, ainsi que sur les projets de textes réglementaires fixant de nouvelles normes de sécurité sanitaire ayant un impact budgétaire. Il doit consulter les fédérations représentatives des établissements de santé sur l'ensemble des dossiers dont il a la charge, préalablement à l'adoption des avis et recommandations. En outre, le Conseil est informé des différents travaux menés par la Mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et la Mission T2A.

Les évaluations des dépenses hospitalières en 2005 se sont avérées difficiles en temps réel. Ce que l'on retient dans les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), dans les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux implantables (DMI) fait l'objet d'une proposition au ministre. L'activité est composée d'une part tarifaire (25 % pour les hôpitaux publics) et du reste de l'ancienne dotation globale.

Pour les hôpitaux privés, seule existe une tarification à l'activité, complétant les points précédents (DMI...). Il est prévu par la loi que, en 2012, le système de tarification à l'activité sera homogène pour, d'une part, les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier et, d'autre part, les hôpitaux privés à but lucratif. Une congruence doit également être recherchée

en tenant compte des spécificités de chaque secteur. Le Conseil propose au ministre le pourcentage de part tarifaire affectée aux hôpitaux publics chaque année. Les difficultés sont aussi la conséquence de la fixation des prix unitaires de la T2A, en tenant compte du volume des séjours et d'activité dans une enveloppe précise fixée par le Parlement, l'Ondam. ■

T2A : tarification à l'activité

La tarification à l'activité (T2A) est une réforme de l'allocation des ressources, introduite en 2004. Elle vise à financer les établissements de santé en fonction du volume et de la nature de leur activité. Elle remplace le système antérieur qui était distinct pour les établissements privés et publics. Ces derniers recevaient une dotation globale (dont les montants étaient déterminés sur des bases de dépenses historiques) tandis que les cliniques privées facturaient leur activité sur la base d'un système de tarification à la journée et de forfaits liés aux actes réalisés.

Le nouveau dispositif repose sur la mesure de l'activité des établissements développée depuis les années quatre-vingt, le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Ce dernier permet de caractériser, sur des bases médicales, l'activité de soins produite.

Un financement des établissements de santé qui garde un caractère mixte

Toutefois, il faut souligner que cette tarification à l'activité est une tarification mixte qui comprend une partie de forfaits et qu'elle ne s'applique encore que de façon partielle. Plusieurs champs de l'activité hospitalière font, en effet, l'objet de financements spécifiques. Certains sont liés à des missions de service public (accueil des urgences, greffes). Compte tenu du caractère aléatoire de l'activité et du coût de fonctionnement qu'elle entraîne, des forfaits ont été mis en place. Les autres financements spécifiques annexes sont regroupés essentiellement sous l'appellation de missions d'intérêt général (lesquelles sont représentées pour leur plus grande partie par les missions enseignement, recherche, recours et innovation, Merri) et par la partie « aide à la contractualisation » entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé (le tout étant regroupé dans ce que l'on appelle les Migac). L'application n'est encore que partielle dans la mesure où elle ne concerne que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). La psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation ne pourront être intégrés que quand leurs PMSI respectifs seront tarifants. L'application de la tarification ne sera elle-même que progressive : la pleine prise en compte est prévue pour 2012. Enfin, cette réforme ne s'applique pas aux hôpitaux locaux.

L'application de la T2A repose sur un système d'information médicalisé

Le principe de la T2A repose sur l'existence du système d'information médicalisé qui permet de regrouper l'ensemble des séjours hospitaliers dans à peu près 750 groupes homogènes de malades distincts (GHM). Cela est rendu possible grâce à un système de codage des motifs de recours (à partir de la Classification internationale des maladies) et des actes médicaux (Classification commune des actes médicaux [CCAM], cf. encadré p. 54). Les séjours des patients sont regroupés dans des GHM en fonction de la quantité de moyens nécessaires pour les produire. L'objectif vers lequel tend cette démarche est de déterminer des groupes de séjours qui utilisent le même niveau de ressources pour des motifs de recours voisins. Ensuite, un calcul associant les données nationales du PMSI et les résultats de la comptabilité analytique d'une cinquantaine d'établissements participant à une étude nationale de coût (ENC) permet de déterminer un coût moyen de production par GHM. Enfin, en fonction des orientations nationales, un tarif est attribué, chaque année, à chaque GHM, qui devient ainsi un « Groupe homogène de séjour » (GHS) dans le cadre de la tarification à l'activité.

Les éléments « correcteurs » des tarifs

Plusieurs éléments « correcteurs » ont été mis en place pour prendre en compte des coûts que les GHS ne reflètent pas. Premier élément correcteur, la prise en compte hors GHS de l'utilisation de certains biens médicaux (les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux implantables). Ces différents biens, surtout s'ils sont innovants, modifient la structure du coût de prise en charge des patients. De ce fait, il a été décidé d'établir chaque année une liste de ces biens médicaux qui seront financés directement par l'assurance maladie (dans le cadre d'une facturation nominale), à condition que leur utilisation réponde à des règles de bon usage. Deuxième élément correcteur, extérieur celui-là à la prise en charge médicale, le « coefficient correcteur géographique », facteur augmentant la valeur du GHS (7 % en 2005), pour prendre en compte les variations régionales du coût de certains facteurs de production (de l'immobilier à la politique sociale).

Christophe Segouin

Praticien hospitalier, Service de santé publique et économie de la santé, groupe hospitalier Lariboisière, AP-HP
Pierre Lombrail
 Professeur des universités, praticien hospitalier, Pôle d'information médicale d'évaluation et de santé publique, CHU de Nantes