

# 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

**C**ette 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

**L**a 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

### Intérêt, difficultés et limites de cette réforme du financement des établissements de santé

L'intérêt principal de cette réforme est de créer un lien direct entre activité et financement d'un côté, recette et coût de production de l'autre. L'application progressive du dispositif dans les hôpitaux publics devant donner aux établissements le temps d'adapter leur niveau d'activité, leur stratégie de soins et leurs coûts de production. Le deuxième intérêt est de faire converger les modes de financement des établissements publics et privés, ce qui doit favoriser les comparaisons.

Plusieurs difficultés sont soulignées par les acteurs concernés par cette réforme. Dans un rapport récent (juillet 2005) non publié, l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances ont pointé les problèmes posés par la conception et la mise en œuvre de ce nouveau mode de financement des établissements de santé.

Trois types de critiques dominant. La première porte sur le fond. Il s'agit de l'objectif de convergence des tarifs entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée. Ce point a été largement débattu à l'Assemblée nationale lors du dernier vote de l'Ondam ([www.assemblee-nationale.fr/12/cra/2005-2006/040.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/cra/2005-2006/040.asp)). Il ne paraît pas utile de discuter ici des arguments des uns et des autres tant qu'on ne disposera pas d'une méthode valide permettant de comparer ces deux mondes hospitaliers que sont les établissements publics et les cliniques privées à caractère commercial<sup>1</sup>.

La seconde critique concerne la place importante que prennent les Migac dans ce nouveau financement. Pour certains, l'enveloppe correspondante permet de prendre en compte la spécificité de l'activité de certains établissements. Pour d'autres, au contraire, elle va à l'encontre du concept de financement à l'activité mesurée objectivement qui sous-tend la T2A. D'autant plus que le Migac recouvre des activités hétérogènes et que leur mode de financement ne repose pas sur un principe d'efficacité comme celui qui sous-tend le financement des séjours hospitaliers regroupés en GHM.

C'est en fait le pilotage qui est la cible principale des critiques de cette réforme de financement. Contrairement aux points évoqués ci-dessus, aucune des critiques relatives à cette question n'est rétrograde. La complexité du système et la façon heurtée dont les dispositions sont mises en place focalisent les critiques des acteurs de terrain. Il n'est pas sûr que la tutelle dispose de l'ensemble des outils pour mener à bien son pilotage.

En effet, pour pouvoir respecter une enveloppe nationale fermée, une régulation par les tarifs impose d'une part, que les tarifs soient réalistes, et d'autre part que le volume de prestation soit encadré. Or la méthode d'élaboration des tarifs fait l'objet de critiques. Ces dernières portent d'abord sur l'évaluation des coûts

de production moyens de chaque GHM à partir des établissements volontaires (*cf. supra*). Le modèle de coût, qui prend en compte de manière forfaitaire (à la journée) le principal facteur de production, *i.e.* le personnel pose problème à double titre : il ne permet pas de valoriser de façon juste une charge de travail qui peut varier significativement à l'intérieur d'un GHM selon les motifs de recours ; il n'incite pas à une approche ergonomique de ce facteur de production visant une amélioration de la productivité par une amélioration des conditions de travail et d'organisation des processus de production. Une autre question porte sur la représentativité des établissements participant à l'ENC, ainsi que sur le nombre total de séjours pris en compte pour établir des moyennes de coûts. Sur ce dernier point, il faut souligner l'effort important qui a été fait pour le calcul de l'ENC 2004 (la plus récente) dans la mesure où elle porte sur 7 millions de séjours contre 5,5 millions pour la précédente. La deuxième critique porte sur le modèle de prévision de l'activité. Ce point est essentiel pour le respect de l'enveloppe nationale. Or il semble que les prévisions 2005 ont été sous-évaluées. Pour ce qui est de l'encadrement du volume d'activité, il n'y avait pas de dispositions dans ce sens (sauf pour les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux implantables, dans le cadre des contrats de bon usage passés entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation). La tutelle a prévu, en revanche, des ajustements de tarif infra-annuels. Mais cette disposition, qui doit permettre de respecter l'enveloppe de dépense nationale, prive les établissements de la possibilité de faire des prévisions de recettes fiables. Or il leur est demandé d'établir un état prévisionnel annuel de leurs recettes et de leurs dépenses, et ce, à partir de 2006.

Enfin, en dehors du contrôle par la tutelle de la véracité des activités déclarées par les établissements, cette dernière ne dispose pas d'outils lui permettant de s'assurer que les établissements ne sélectionnent pas leurs patients en fonction du risque qu'ils représentent ni que la qualité de leurs prestations n'est pas compromise par la tarification mise en place. Sur ce dernier point, les suivis des infections nosocomiales et l'accréditation délivrée tous les cinq ans par la Haute Autorité de santé ne constituent qu'une réponse partielle<sup>2</sup>.

### En conclusion

La volonté de poursuivre l'implantation de la tarification à l'activité est attestée par la décision du ministère d'augmenter de façon significative la part T2A dans le financement des établissements publics de santé (passage à 35 % en 2006). Toutefois, les outils de pilotage encore insuffisants demandent à être renforcés. Cela est d'autant plus nécessaire que la T2A doit être étendue à la psychiatrie et aux soins de suite et de

1. « Tarification à l'activité ». Numéro consacré à la T2A. *Gestions Hospitalières*, octobre 2005 ; 449 : 607-65.

2. Bourjac M. « T2A : prend-elle en compte la qualité des soins ? » *Revue hospitalière de France*, n°505 juillet-août 2005 : 28-38.

réadaptation, et se substituer totalement, à partir de 2012, à la dotation globale dans les établissements publics de santé. Mais c'est sur sa complémentarité avec la mise en place des dispositions relatives à la nouvelle gouvernance de l'hôpital que les effets de la T2A sont attendus. En effet, si la T2A n'est pas en soi un outil de régulation ou de planification, son application aux établissements qui s'organisent en pôles doit per-

mettre un pilotage au plus près du terrain et favoriser la prise de décision en matière de stratégie d'activité et d'organisation. Cela suppose également une articulation avec la politique de certification pour contrebalancer d'éventuels effets pervers sur la qualité des soins et d'organisation des soins pour garantir une offre de qualité accessible à tous sur tout le territoire. ■

## Quelques modèles explicatifs des rapports entre l'hôpital et l'assurance maladie

**D**ans les typologies des systèmes de protection sociale, la France figure dans la catégorie des États-providence conservateurs, et dans cette catégorie les relations entre la sécurité sociale et l'État sont un élément majeur de compréhension du fonctionnement concret du système. L'État est en situation dominante, il énonce les règles et s'assure de leur bonne application notamment par l'observation des grands équilibres macroéconomiques, mais il doit compter sur l'assurance maladie qui gère selon les règles définies par la loi.

Nous sommes donc dans un système mixte dont le centre de gravité a beaucoup bougé en trente ans. Les relations entre hôpital et assurance maladie, les formes de régulation en vigueur en sont les témoins. Pour parler rapidement, nous sommes passés d'un modèle centralisé et mû par l'initiative des hôpitaux à des formes de régulation décentralisées et animées par une dynamique de territoire, d'une rationalité économique néo-classique à une rationalité « conventionnelle ».

### Un mouvement en trois étapes

À partir des années soixante-dix, l'autonomie des hôpitaux permet au directeur de tout établissement de définir un projet de développement, et le financement est obtenu grâce à la formule du prix de journée hospitalier. À cette époque, le modèle conceptuel en vogue au niveau de l'État était celui de la rationalisation des choix budgétaires, et par extension il a touché les relations entre l'hôpital et l'assurance maladie. Le modèle néoclassique en économie a été la grille d'analyse courante du système de santé : l'usage du rapport utilité/prix dans la politique de rationalisation des choix budgétaires a introduit le calcul marginal et la notion d'optimum dans le raisonnement hospitalier qui a débouché sur des notions devenues courantes dans le champ hospitalier : productivité, taille optimale, élasticité, rendement d'échelle...

Dans les années quatre-vingt-dix, l'hôpital devient une unité de production de soins située dans un environnement. En interne, il fonctionne comme une coalition d'acteurs qui apportent leur contribution en échange

d'une rétribution. En externe, l'hôpital est une entreprise qui doit produire avec efficacité les services dans un environnement concurrentiel. Il ne s'agit plus de combiner de manière optimale, comme précédemment, des facteurs de production, il faut aussi maintenir la coalition des acteurs de l'établissement et la capacité à servir efficacement (mieux que ses concurrents) ses « clients ». Les rapports entre assurance maladie et hôpital se fondent, à cette époque, sur l'idée de la pluralité des rationalités des acteurs de l'hôpital (gestionnaires, médecins des différentes spécialités, soignants, malades...), que l'entrepreneur canaliserait par une contractualisation interne et externe. Pour permettre le pilotage d'un tel dispositif, le directeur d'hôpital et l'assurance maladie développeront des systèmes d'information qui permettront de surveiller l'activité des soignants, avec lesquels ils sont placés dans une relation d'inégale connaissance de l'information disponible, caractéristique de la théorie économique de l'agence. À cette époque, les agences régionales de l'hospitalisation sont créées pour permettre une meilleure régulation de l'ensemble.

Mais, aujourd'hui, la théorie de l'agence semble de moins en moins pertinente pour expliquer les relations entre hôpital et assurance maladie. En effet, le service médical est de moins en moins matérialisable, car il porte davantage sur la demande d'information, l'orientation du patient dans un réseau de soins (la prise en charge en aval des personnes âgées par exemple), l'homogénéité du service médical de plus en plus battue en brèche pour tenir compte de la demande personnelle du patient, alors que l'« atomisticité » du producteur et sa mise en concurrence n'existent pratiquement plus avec les concentrations de services. Un modèle économique explicatif des relations entre hôpital et assurance maladie est en cours de construction, il s'agit de celui de l'hôpital organisation collective. On peut définir une telle organisation comme un nœud de conventions entre acteurs, qu'Olivier Favereau<sup>1</sup> définit comme une relation

### Alain Jourdain

Enseignant-chercheur, École nationale de la santé publique

1. Favereau O., 1999, « L'économie des conventions et le constructivisme en économie », *Entre systémique et complexité, chemin faisant. Mélanges en honneur à J.-L. Le Moigne*, PUF, p. 47-61.

où l'échange immatériel est dominant ; la coproduction client-fournisseur met l'accent sur la transaction elle-même, les individus interagissent dans des organisations, qui interagissent entre elles à travers les acteurs-individus. Les grilles d'analyse font appel aux compétences collectives à la capacité de faire des apprentissages organisationnels, et à la maîtrise des réseaux sociaux. Différentes instances (que l'on trouvera dans le texte de ce dossier sur l'organisation du système de santé) sont alors créées pour permettre de développer ce mode de régulation : l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation des soins qui devient Haute Autorité en santé, le Conseil de l'hospitalisation, le Haut Conseil de la santé publique, etc.

De nombreux exemples de cette forme conventionnelle de relation entre hôpital et assurance maladie en pratique courante peuvent être cités<sup>2</sup>.

Pour Maryse Gadreau, l'éthique médicale représente la forme la plus achevée de ce mode de régulation chez les médecins.

La forme de la démarche qualité dans les maisons de retraite est un autre exemple : en situation d'incertitude, les professionnels se réfèrent aux règles, usages, coutumes qui leur donnent des repères désignant les comportements normaux, dans un contexte où coexistent organisations lucratives, non lucratives et publiques. L'accent est mis sur l'importance conjointe du statut juridique et de conceptions multiples de la qualité qui vont devenir le point de partage des soignants, de l'hôpital et de l'assurance maladie (Anne-Catherine Provost et Robert Cobbaut).

Les palmarès hospitaliers, l'accréditation des établissements, les références médicales obligatoires, les labels des sociétés savantes sont d'autres exemples de cette forme de régulation en développement... Chacun se réfère à des valeurs issues de mondes sociaux différents (domestique ou industriel, par exemple) pour les faire évoluer d'un point (valeurs domestiques d'entraide) à un autre (production industrielle labellisée) (Magali Robelet et Didier Vinot).

Les réseaux constituent un dernier exemple : ce sont des structures de soutien à l'activité médicale ayant pour but de diffuser l'information aux professionnels et créer un savoir spécialisé. L'analyse empirique montre (Bernard Baudry et Nicola Cautela) une opposition entre le temps passé par les professionnels et temps gagné

2. Colloque « Conventions et institutions : approfondissements théoriques et contributions au débat politique » Paris, la Défense, 11-12-13 décembre 2003. Confiance, éthique professionnelle et coordination du système de santé. Articles de : Philippe Batifoulier et Maryse Gadreau. « Confiance, éthique professionnelle et coordination du système de santé ». Bernard Baudry, Nicola Cautela. « Pluralité des logiques d'action au sein des réseaux de soins : le cas d'un réseau de cancérologie ». Magali Robelet, Didier Vinot. « La "grande transformation de la santé" accréditation, labels et jugements, quels fondements conventionnels pour la qualité des prestations de santé ? » Anne-Catherine Provost, Robert Cobbaut. « Analyse de la coexistence d'organisations non lucratives, lucratives et publiques dans le secteur des maisons de repos ».

par l'adhésion aux réseaux. Elle se résout par une allocation et une création de ressources particulières (médicales), et une mise en cohérence (et non une offre de soins supplémentaire), construites sur des compromis propres à chaque discipline, par exemple la consultation interdisciplinaire en cancérologie rassemblant cancérologue, chirurgien et radiologue.

Le nouveau mode de décision « conventionnel » qui régle les relations entre hôpital et assurance maladie se fonde sur un jeu d'hypothèses combinées que l'on peut résumer ainsi :

- la décision est rationnelle car le processus qui l'a produite est lui-même rationnel ;
- pour prendre cette décision, il faut des critères de jugement communs entre les acteurs ;
- le recours à l'interprétation est une nécessité car les règles (lois, décrets, références scientifiques...) sont incomplètes ;
- interpréter, c'est donc construire un registre de choix partagés avec les autres ;
- la référence à l'optimum n'est plus de mise, mais les mauvaises solutions sont éliminées dans un processus évolutionniste ;
- l'explicitation n'intervient qu'en cas de dispute ou de problème ;
- ce type de décision procède sur le mode « cela va de soi » et se nourrit d'interprétations ;
- ce mode de décision peut être rejeté à tout moment.

### Conclusion

Les relations entre hôpital et assurance maladie constituent aujourd'hui un ensemble complexe dans lequel des rationalités différentes sont présentes au même moment ; les schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (Sros III) en sont un bon exemple. Dans ce modèle, on trouve :

- un projet médical de territoire de santé qui va permettre de décentrer vers la communauté locale l'analyse des besoins, le choix d'objectifs et l'allocation des moyens, au moyen d'un accord et d'une vision partagée sur des critères de justice ;
- un principe de prime à l'efficacité économique imposé par une tarification à l'activité (T2A) sur une base de règles économiques rigides ;
- un rôle accru accordé aux usagers et aux représentants des acteurs sociaux présents dans les conseils d'administration pour la gestion des services, en vue d'une co-construction du produit hospitalier.

L'évaluation de la rationalité de la planification hospitalière par les schémas d'organisation sanitaire devient donc un enjeu important de la recherche en santé publique aujourd'hui, encore trop négligé. Un thème intéressant pourrait être, par exemple, de comparer nos schémas hospitaliers des ARH à d'autres modes opératoires en Europe : allocation régionale de ressources par capitalisation et mise en œuvre de quasi-marchés au Royaume-Uni, par exemple. ■