

UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON II

Institut d'Etudes Politiques de LYON

**Séminaire : Services publics et sphère privée : les nouveaux partenariats**

Dirigé par M. Alain BONNAFOUS

## **MÉMOIRE**

Présenté et soutenu

par

Fabien LAFFITTE

# **UN NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER EN FRANCE : LE PASSAGE À LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DANS LE CADRE DU PLAN « HÔPITAL 2007 »**

**Septembre 2005**

# Table des matières

<i>Table des matières</i> .....	2
<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PREMIÈRE PARTIE :</b> .....	11
<b>DU PROGRAMME DE MÉDICALISATION DU SYSTÈME D'INFORMATION (P.M.S.I.) À LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)</b> .....	11
<b>1.1 – Généralités concernant le système de santé français</b> .....	13
1.1.1 – <i>Le service public hospitalier en France</i> .....	13
1.1.2 – <i>La situation avant 1995 : la Dotation Globale de Fonctionnement (D.G.F.)</i> .....	15
<b>1.2 – Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.) et les ordonnances hospitalières de 1996</b> .....	17
1.2.1 – « <i>Le P.M.S.I. et l'I.S.A.</i> » [Élias COCA] .....	17
1.2.2 – <i>Les ordonnances hospitalières de 1996</i> .....	21
1.2.2.1. – Une relation d'agence entre l'Etat (principal) et le directeur d'hôpital (agent) : .....	21
1.2.2.2. – L'introduction d'un superviseur : le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) .....	25
1.2.2.3. – Les contrats d'objectifs et de moyens .....	27
<b>1.3 – Le P.M.S.I. : « Petit Machin Sans Importance »?</b> .....	29
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> .....	32
<b>LE PASSAGE À LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A) ET SES IMPLICATIONS</b> .....	32
<b>2.1 – Les fondements de la tarification à l'activité : la tarification à la pathologie</b> .....	34
II.1.1 – <i>Risque moral, anti-sélection et concurrence par comparaison</i> .....	34
2.1.1.1 – Spécificités économiques du système de santé .....	34

2.1.1.2 – Nécessaire arbitrage entre incitation à l’effort et maîtrise des dépenses .....	35
2.1.2. – <i>Paiement prospectif à la pathologie et le programme « MEDICARE » aux Etats-Unis</i> .....	38
2.1.2.1 – Attributs du paiement prospectif à la pathologie.....	38
2.1.2.2 – Les « leçons de l’expérience MEDICARE » [MOSCHETTI, 2003]	39
<b>2.2 – La tarification à l’activité en France</b> .....	<b>41</b>
2.2.1 – <i>Schéma général de la tarification à l’activité</i> .....	41
2.2.1.1 – Le champ d’application de la réforme.....	41
2.2.1.2. - Les modalités de financement de la T2A .....	42
2.2.1.3. – Les modalités de la régulation .....	44
2.2.2. - <i>Des modalités de financement différentes pour les secteurs public et privé</i> .....	45
2.2.2.1 – Les tarifs des G.H.S. dans le secteur privé.....	45
2.2.2.2 – Les tarifs des G.H.S. dans le secteur public et P.S.P.H.....	46
2.2.3. – <i>Les effets attendus de cette réforme</i> .....	47
2.2.3.1. – Incitations à l’effort de réduction des coûts tout en favorisant la qualité des soins .....	47
2.2.3.2 – Incitations à l’innovation.....	50
2.2.3.3 – Contrôles et sanctions .....	52
<b>2.3 – Concurrence et convergence entre secteurs public et privé</b> .....	<b>54</b>
2.3.1 – <i>Forces du secteur privé lucratif et faiblesses du secteur public</i> .....	55
2.3.1.1. – Des différences de coûts marquées dues à des facteurs qualitatifs, structurels et organisationnels .....	55
2.3.1.2. – Des situations économiques et financières différentes .....	58
2.3.2. – <i>L’avenir de l’hospitalisation publique passe par une prise en compte des « recettes du privé »</i> .....	60
2.3.2.1. – La nouvelle gouvernance à l’hôpital .....	60

2.3.2.2 – La mise en place de la comptabilité analytique dans le secteur public-	62
2.3.3. – <i>Les implications économiques de la mise en place de la T2A dans l'Hospitalisation privée</i>	63
2.3.3.1 - L'impact du passage à la T2A sur le mode de coordination entre médecins et gestionnaires d'établissements dans les deux secteurs	64
2.3.3.2 – Impact du passage à la T2A sur la concurrence entre clinique privée et hôpital public	66
<b>TROISIÈME PARTIE</b>	<b>69</b>
<b>TRAJECTOIRES PATIENTS, RÉSEAUX ET FILIÈRES DE SOINS, ET APPROCHE DE TYPE CONTRAT OPTIMAL</b>	<b>69</b>
<b>3.1 – Risque moral et sélection adverse ne disparaissent pas</b>	<b>71</b>
3.1.1 – « <i>Des questions essentielles restées en suspens</i> » [Conseil Économique et Social, 2005]	71
3.1.1.1 – La modulation des tarifs nationaux	71
3.1.1.2 – Le périmètre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.)	71
3.1.1.3. – La question de l'unicité tarifaire	72
3.1.2. - « <i>Des risques et des effets pervers potentiels</i> » [Conseil Économique et social, 2005]	72
3.1.2.1 – Effets pervers prévisibles	73
3.1.2.2. – « La tarification finalement c'est un art d'exécution plus qu'un art de conception » [Claude Le PEN, 2005]	75
<b>3.2. – Trajectoires des patients, réseaux et filières de soins.</b>	<b>77</b>
3.2.1. – <i>Définitions des concepts de trajectoire du patient, de réseaux et de filières de soins</i>	77
3.2.1.1. – La trajectoire du patient	77
3.2.1.2 – La filière de soins	78

3.2.1.3 – Le réseau de soins -----	80
3.2.2. – « <i>L’insertion du concept de trajectoire du patient dans la relation d’agence du service public hospitalier</i> » [PERRIER L., 2001 : p. 118]-----	83
3.2.2.1. – La trajectoire du patient en tant qu’outil de planification -----	83
3.2.2.2. – La trajectoire patient en tant qu’outil de contrôle à la disposition du superviseur -----	84
3.2.2.3. – La trajectoire patient en tant qu’outil de négociation -----	85
3.2.3. – <i>Trajectoire patient et collusion</i> -----	85
<b>3.3 – Financement des hôpitaux et contrat optimal -----</b>	<b>87</b>
3.3.1 – <i>Présentation du modèle</i> -----	87
3.3.2 – <i>Propositions de contrats</i> -----	90
3.3.2.1. – Proposition de contrats entre le gestionnaire-principal et le médecin-agent -----	90
3.3.2.2. – Propositions de contrats entre le gouvernement-principal et le gestionnaire-agent-----	90
3.3.3 – <i>Conclusions sur cette étude</i> -----	91
<b><i>CONCLUSION GÉNÉRALE</i> -----</b>	<b>92</b>
<b><i>Liste des abréviations</i>-----</b>	<b>96</b>
<b><i>Bibliographie Générale : -----</i></b>	<b>100</b>
<b>Ouvrages de référence :-----</b>	<b>100</b>
<b>Rapports, documents d’information et avis: -----</b>	<b>100</b>
<b>Articles de presse : -----</b>	<b>102</b>
<b>Article scientifique : -----</b>	<b>102</b>
<b>Textes juridiques et codes: -----</b>	<b>102</b>
<b>Sites internet utiles : -----</b>	<b>103</b>
<b>Bases de données en économie de la santé :-----</b>	<b>103</b>

# **INTRODUCTION**

On décrit souvent l'hôpital comme une institution « en crise » ou « malade ». Cette pathologie présente des symptômes divers et variés, à commencer par un coût trop important pour la société ou une offre de soins manquant d'efficacité et de qualité. Cependant, l'hôpital doit faire face à de nouveaux défis. En effet, avec l'arrivée de la génération du « baby-boom » dans la tranche d'âge des plus de cinquante ans d'une part, l'apparition de nouvelles maladies, de nouvelles pauvretés d'autre part et enfin une offre de soins plus efficace mais néanmoins plus coûteuse, la nouvelle démographie hospitalière n'a de cesse d'inquiéter les observateurs quant à l'avenir du système de soin français.

Cette situation n'est pas nouvelle et on peut dire que la réforme de l'hôpital est un thème récurrent des politiques sociales françaises depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Notre but ne sera pas de dresser ici un historique complet de ces réformes successives mais de présenter les évolutions récentes les plus marquantes. Durant l'Ancien-Régime et plus particulièrement au XVIII<sup>ème</sup> siècle, les hôpitaux étaient majoritairement financés par les municipalités et la charité publique. L'Hôtel-Dieu et l'Hôpital de la Charité à Lyon en sont de très bons exemples. Cependant, cette charité publique a vite montré ses limites et l'hôpital à l'époque se contentait d'être un mouvoir et un lieu d'enfermement. Il a fallu attendre le XIX<sup>ème</sup> siècle pour que l'hôpital ne devienne un véritable lieu de soin par l'introduction du prix de journée correspondant au départ au coût d'hébergement et de nourriture du patient. Ce n'est que progressivement que ce prix de journée sera complété par le coût du facteur travail, des médicaments et autres investissements. Cependant, dans le dernier quart du XX<sup>ème</sup> siècle, ce prix de journée sera très vite critiqué du fait d'un contexte de ralentissement de la croissance économique et en 1983, il est remplacé par la Dotation Globale de Fonctionnement (D.G.F.) accompagnée d'une réforme du mode de gestion. Mais cette réforme destinée à mieux maîtriser les dépenses à l'hôpital suscite aussitôt de vives critiques, dont la principale réside en la possibilité de création de rentes de situations pour les hôpitaux à faible productivité, mais nous y reviendrons ultérieurement. L'idée consiste alors à appliquer une pondération de la D.G.F. en fonction de l'activité des hôpitaux. C'est la mise en place du Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.).

Ces différentes réformes ne parviendront cependant pas à une meilleure maîtrise des dépenses, mais marquent le début d'une modification des relations entre les différents acteurs du système de santé français. Avec l'introduction du P.M.S.I. en 1995, complétée par les ordonnances JUPPÉ de 1996 qui créent notamment les Agences Régionales de

l'Hospitalisation (A.R.H.), on assiste même à une certaine contractualisation de ces relations<sup>1</sup>. En effet, ce nouveau système crée une relation d'agence entre une autorité de tutelle, le Ministère de la Santé et un agent, le directeur d'hôpital placé sous le contrôle d'un superviseur, le directeur de l'A.R.H. de laquelle il dépend.

Cependant, ce système, mis en place entre 1995 et les ordonnances JUPPÉ de 1996, ne parvient pas, comme nous le verrons ultérieurement, à fournir les incitations nécessaires pour obtenir un système de soins de qualité, efficace et surtout rentable. En effet, la D.G.F. ne parvient ni à instaurer une culture de la performance ni à créer une situation de concurrence saine et loyale entre les hôpitaux. Cet état de fait conduit à une situation paradoxale pour le pays européen qui consacre les sommes les plus importantes aux dépenses de santé, après l'Allemagne. La France est dotée d'un parc radiologique d'une étonnante pauvreté. On manque, en France, de scanners et d'appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM). Manque qui a des conséquences sur la santé des malades et sur les dépenses de santé. Une enquête réalisée sur l'initiative d'Imagerie Santé Avenir (association qui regroupe les principaux constructeurs d'imagerie médicale) montre que le niveau d'équipement français en appareils IRM est largement insuffisant pour pouvoir répondre à la demande. Le retard français est particulièrement marquant en matière d'IRM et de Tomographie à émission de positons (PET) notamment. En France, en 2002 on ne compte que 235 appareils contre 369 en Espagne et 1 300 en Allemagne.



Figure 1 : Appareil d'imagerie à résonance magnétique (IRM), Centre Léon BÉRARD, LYON (69).

---

<sup>1</sup> PERRIER L., 2001, p 9



C'est dans cette optique que Jean-François MATTEÏ, alors ministre de la Santé, propose en 2002 une refonte complète du secteur public hospitalier dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » qui vise à injecter dans le secteur public hospitalier une culture d'efficacité et de rentabilité propre au secteur privé. Ce plan se décompose en trois piliers :

- La Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (M.A.I.N.H) chargée de trouver les solutions propres à remédier au problème crucial du déficit de l'investissement hospitalier et notamment un parc immobilier vieillissant et inadapté.
- La mission Tarification à l'Activité (T2A) chargée de la réforme du mode financement du secteur public hospitalier en adaptant le modèle de tarification à la pathologie au système de santé français.
- La Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (M.E.A.H) destinée à modifier les modes d'organisation de l'hôpital grâce à une activité de conseil, d'appui en favorisant le partage de connaissances et de savoir-faire et ainsi proposer « une nouvelle gouvernance à l'hôpital »

Au cours de ce travail, nous ne nous intéresserons qu'au second volet du plan « Hôpital 2007 ». Cependant, du fait d'une certaine complémentarité entre les 3 volets de cette réforme, il sera parfois nécessaire de faire référence à des éléments de la M.A.I.N.H. ainsi que de la M.E.A.H.

Ce mode de financement n'est pas une invention française. En effet, il peut trouver ses racines dans ce que l'on appelle communément la « tarification à la pathologie », initiée aux Etats-Unis dans le cadre du programme « MEDICARE » puis reprise notamment dans plusieurs pays européens dont le Royaume-Uni ou encore l'Allemagne<sup>2</sup>.

**L'objectif de ce travail sera d'étudier le système mis en place pour voir s'il peut permettre de créer les incitations propices à une réelle culture de la performance capable d'accroître la rentabilité du secteur public hospitalier et de permettre un financement adéquat de l'innovation médicale dans les hôpitaux français.**

---

<sup>2</sup> Colloque "T2A : Expériences européennes", Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Mission Tarification à l'activité, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 10 et 11 février 2005.

Le Programme de médicalisation du système d'information et les ordonnances JUPPÉ de 1996 ont permis de contractualiser les relations existant entre les différents acteurs du système de santé français. Cependant, même si ce nouveau système permet de réduire l'asymétrie d'informations entre le principal (Etat) et l'agent (Directeur d'hôpital), aléa moral et sélection adverse demeurent toujours possibles. C'est pour remédier à ces problèmes que la Tarification à l'Activité sera mise en place (I).

Ce nouveau mode de financement, qui a déjà connu de multiples déclinaisons à l'étranger, doit permettre de créer les incitations nécessaires au financement de l'innovation médicale et ainsi de remédier à un certain retard français dans ce domaine. Mais cette modalité de financement, dont nous allons présenter le fonctionnement, ne serait rien si son objectif n'était pas une convergence tarifaire mais aussi méthodologique avec le secteur privé jugé plus performant que le secteur public hospitalier (II).

Cependant, même si ce nouveau mode de financement semble créer un consensus au sein du milieu hospitalier, il n'est pas évident que tous les aspects médicaux et économiques du problème aient été pris en compte. Il est certes trop tôt pour pouvoir dresser un bilan de la mise en place de la tarification à l'activité mais il semble possible de pouvoir déceler certaines lacunes comme le choix de l'unité de financement (le séjour), il serait alors judicieux de changer de cadre et de s'intéresser à la prise en charge globale du patient ou encore prendre en compte une autre relation d'agence qui existe entre le directeur d'hôpital (principal) et le médecin (agent), et ainsi définir le contrat optimal pouvant régir la relation gouvernement-gestionnaire-médecin (III).

## **PREMIÈRE PARTIE :**

**DU PROGRAMME DE MÉDICALISATION DU  
SYSTÈME D'INFORMATION (P.M.S.I.) À LA  
TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)**

En 2004, l'agrégat le plus large des Comptes de la santé, la dépense courante de santé, évaluée pour la première fois selon les concepts et la méthodologie de la « base 2000 » des Comptes nationaux, atteint 183,5 milliards d'euros, soit 11,1 % du produit intérieur brut (PIB). Ce ratio est en très légère augmentation par rapport à 2003 (exactement 11,13 % en 2004, contre 11,08 % l'année précédente) dans la mesure où le passage en base 2000 a conduit à revaloriser l'estimation de la part de la dépense courante de santé dans le PIB de 0,3 point. La consommation de soins et de biens médicaux, autre agrégat significatif représentatif des seules dépenses afférentes aux soins reçus par les malades, s'élève à 144,8 milliards d'euros, soit 8,8 % du PIB. En termes de dépense nationale de santé, qui représente en 2004 10,5 % du PIB, contre 10,4 % en 2003, la France se situerait ainsi au cinquième rang des pays membres de l'OCDE, après les États-Unis, la Suisse, l'Allemagne et l'Islande, pour le poids des dépenses de santé dans la richesse nationale<sup>3</sup>.

Cependant, cette augmentation du poids relatif des dépenses de santé dans le budget national est une constante qui ne cesse d'inquiéter. Premier secteur souvent visé par les réformes successives du système de santé français, le médicament. En effet, la consommation médicamenteuse est souvent présentée comme la source de tous les maux frappant les comptes nationaux de la santé. Cependant, les soins hospitaliers publics et privés représentent tout de même 44,5 % en 2003 et 44,4 % en 2004 de la consommation de soins et de biens médicaux en France. Depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle, les pouvoirs publics se sont ainsi évertués à parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses au moyen d'un mode de financement adapté.

Ces différentes tentatives n'ayant pas connu le succès escompté, des modifications dans les relations entre les différents acteurs du système de santé ont été mises en place à partir de 1995 avec le P.M.S.I. et les ordonnances hospitalières de 1996 (2). Malheureusement, si ces réformes apportent des améliorations significatives et nécessaires, elles ne permettent pas de répondre aux nouveaux défis auxquels les établissements de santé doivent faire face. Ainsi, en 2002, le ministère de la Santé décide une réforme de l'hôpital et notamment de son mode de financement (3). Auparavant, il convient de rappeler certaines généralités concernant le système de santé français (1).

---

<sup>3</sup> Annie FENINA, Yves GEFFROY, Comptes nationaux de la santé 2004, Document de travail n° 84, Série Statistiques, D.R.E.E.S., juillet 2005.

## **1.1 – Généralités concernant le système de santé français**

Avant tout autre développement, nous allons brièvement spécifier ce que nous entendons par service public hospitalier (1) puis nous présenterons la situation antérieure à 1995, c'est-à-dire le système de la Dotation Globale de fonctionnement (2).

### ***1.1.1 – Le service public hospitalier en France***

En France, plusieurs types d'établissements de santé coexistent : ils se différencient par leur statut (public, privé non lucratif ou privé lucratif) et leur mission (ils peuvent être généraux ou spécialisés).

Les hôpitaux publics représentent un quart des établissements (environ 1000 sur 4000), mais deux tiers des lits (320 000 sur 490 000). Ce sont des personnes morales de droit public, dotées d'une autonomie financière. Les hôpitaux à vocation générale sont répartis comme suit (en 1999) :

- 562 centres hospitaliers (CH) qui offrent une gamme de services comportant des soins de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée. Certains d'entre eux ont également un service de soins psychiatriques.
- 29 centres hospitaliers régionaux (CHR), qui ont une vocation régionale du fait d'une haute spécialisation et d'importants plateaux techniques. Lorsqu'ils passent une convention avec une faculté de médecine pour participer à la formation des étudiants en médecine, les CHR sont appelés Centres hospitaliers universitaires (CHU).
- 349 hôpitaux locaux, structures de proximité qui dispensent des soins de courte durée, des soins de suite et de réadaptation et des soins de longue durée, mais ne sont pas habilités à pratiquer des interventions chirurgicales ou des accouchements. Dans ces établissements, les soins sont essentiellement assurés par des médecins libéraux, mais quelques praticiens peuvent être recrutés dans le cadre des soins de suite, de longue durée, de réadaptation fonctionnelle. Les hôpitaux locaux sont de petite taille, 160 lits en moyenne, et jouent un rôle à la fois médical et social. En 1999, ils offrent au total 33 000 lits d'hébergement pour les personnes âgées et 23 000 lits d'hospitalisation, dont plus de la moitié dans les services de soins de longue durée.

En plus des hôpitaux à vocation générale, on compte 93 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), qui sont des établissements départementaux, ainsi que quelques établissements publics nationaux. Quelques hôpitaux, enfin, dépendent de l'armée et de l'administration pénitentiaire.

Les établissements privés présentent différentes formes juridiques qui appartiennent à deux grands sous-ensemble : les établissements à but non lucratif et les établissements à but lucratif, souvent appelés cliniques. Les hôpitaux privés à but non lucratif sont détenus par des fondations, des congrégations religieuses, des mutuelles, etc. Ils représentent environ 1/3 des établissements (1400) et totalisent 75 000 lits soit 15% de l'offre totale. Une partie d'entre eux participent au service public hospitalier (PSPH) et doivent donc assurer à ce titre des missions spécifiques telles que l'accueil des urgences, la formation, la lutte contre l'exclusion sociale. Alors que les établissements publics participent de plein droit à ces missions, les établissements privés à but non lucratifs sont autorisés à y participer sous certaines conditions. La gamme des soins qu'offrent les hôpitaux privés non lucratifs est variable. Ils représentent moins de 10% des lits de court séjour, mais 1/3 des lits de soins de suite et de réadaptation. On compte parmi ces établissements 20 centres de lutte contre le cancer (CLCC), dont le Centre Léon BÉRARD à LYON (RHÔNE), participant au service public hospitalier et répartis sur le territoire français. Ils ont une mission globale de prévention, de dépistage, de soins, d'enseignement et de recherche. Ils ont été conçus selon une organisation favorisant une prise en charge pluridisciplinaire des patients.

40% des établissements d'hospitalisation (1750) sont privés à but lucratif (cliniques). Ils représentent 20% des lits globalement, mais 45% des lits de chirurgie et 1/3 des lits d'obstétrique. Ils sont essentiellement spécialisés dans certains créneaux d'activité<sup>4</sup>. Les ressources du « secteur hospitalier privé » proviennent de son activité de soins sous forme de facturations des frais de séjours et des actes médicaux et paramédicaux intervenus à l'occasion de l'hospitalisation et qui sont versés directement aux professionnels<sup>5</sup>.

---

4 SANDIER *et al.*, Systèmes de santé en transition, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, France, 2004.

5 Annie FENINA, Yves GEFFROY, Comptes nationaux de la santé 2004, Document de travail n° 84, Série Statistiques, D.R.E.E.S., juillet 2005.

### **1.1.2 – La situation avant 1995 : la Dotation Globale de Fonctionnement (D.G.F.)**

La réforme hospitalière du 11 août 1983, relative aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier (P.S.P.H.), fixe les conditions d'élaboration des budgets, de nouvelles règles de comptabilité hospitalière et ce qui va surtout nous intéresser ici, les modalités et sources du financement. Cette réforme met ainsi en place le financement par dotation globale de fonctionnement (D.G.F.) que l'on peut définir comme la « différence entre la totalité des charges d'exploitation inscrites au budget général et la totalité des recettes correspondantes, autres que la dotation globale » [PERRIER L., 2001]<sup>6</sup>. Ce système prend ainsi la forme d'un budget global destiné à couvrir les charges d'exploitation prévisionnelles évoluant annuellement en fonction d'un taux directeur.

Cette réforme ne peut être efficace sans la mise en place d'une véritable réforme de la gestion des hôpitaux. En effet, des objectifs sont élaborés et classés par centres de responsabilité (gestion financière, gestion des patients, du matériel...) et des moyens sont alloués pour les réaliser. Chaque centre de responsabilité doit ensuite réaliser son Tableau Prévisionnel d'Activité et de Moyens (T.A.P.A.M.) qui peut être vu comme un outil de « négociation, voire de contractualisation entre les responsables des centres de responsabilité et le directeur de l'hôpital » [PERRIER L., 2001]<sup>7</sup>. On assiste ainsi à la mise en place d'une véritable comptabilité analytique qui rend possible un calcul prévisionnel de coûts en fonctions de Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.).

Cependant, si ces réformes ont été accueillies positivement par les professionnels de santé, les critiques ont été vives lors de leur généralisation et en 1989, le Syndicat National des Cadres Hospitaliers (S.N.C.H.) rejette même le budget global [VINCENT, 1989 ; *in* PERRIER L., 2001]. En effet, la première critique consiste en la faiblesse des taux directeurs servant à la réévaluation annuelle de la D.G.F. des établissements de santé publics ou P.SP.H.. L'absence d'application des réformes de gestion en est une autre et enfin la dernière critique majeure réside dans le fait que les hôpitaux à faible productivité peuvent se constituer une rente de situation. Le montant de la D.G.F. n'est pas fonction de l'activité des hôpitaux mais du taux directeur fixé par le Ministère de la Santé qui sert de référence pour la progression

---

<sup>6</sup> PERRIER L., Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en oncologie pédiatrique, Thèse Sciences Économiques, Université LYON II, 2001, p. 16.

<sup>7</sup> PERRIER L., Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en oncologie pédiatrique, Thèse Sciences Économiques, Université LYON II, 2001, p. 17.

conseillée des dépenses d'hospitalisation. Ceci pénalise donc les établissements de santé dont l'activité augmente sensiblement.

Ainsi, ce mode de financement n'est pas assez incitatif et ne conduit pas à promouvoir la performance mais plutôt l'immobilisme. Pourquoi irait-on investir pour innover et accroître la productivité, et par conséquent l'activité, de son établissement alors que la D.G.F. est fixée par la tutelle ? Si l'objectif du directeur de l'établissement est d'équilibrer annuellement son budget d'exploitation il aura tout intérêt à maintenir son activité à un niveau stable. De plus, si l'on se réfère à l'article 63 du décret du 11 août 1983, la tutelle peut se réappropriier les résultats excédentaires qui pourraient servir à l'autofinancement des investissements. De plus, dans ces conditions, la concurrence entre les hôpitaux est inexistante.

Cependant, malgré les critiques, ce système ne fût pas fondamentalement remis en cause mais sera plutôt réadapté grâce au Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.) et les ordonnances hospitalières de 1996. En effet, ces différentes réformes s'inscrivent dans le cadre de la D.G.F.. Il faudra attendre 2002 et la décision de l'instauration d'un nouveau mode de financement, la tarification à l'activité, pour sortir de ce cadre généralisé, même si une partie des coûts reste financée par ce moyen.



## **1.2 – Le Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.) et les ordonnances hospitalières de 1996**

En 1981, Jean de KERVASDOUÉ, Directeur des Hôpitaux, initialise le projet de médicalisation du système d'information sur la base des travaux de l'équipe du Professeur FETTER aux Etats-Unis. En effet, il entreprend la classification en Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.) qui dérive fidèlement des Diagnoses Related Groups (D.R.G.) nord-américains. Ce projet, à la suite de l'expérimentation américaine, dans le cadre du programme MEDICARE, à partir de 1983, devient P.M.S.I. qui permet de suivre la répartition des malades de courts séjours d'un établissement classés par groupes homogènes. Cette répartition est communément appelée case-mix. Cet outil sera utilisé en tant qu'outil de négociation et de comparaison dans le cadre de la D.G.F.. Le P.M.S.I. est donc un « outil médico-économique conçu pour décrire l'activité des établissements de santé publics et P.S.P.H. »<sup>8</sup> (1). Cet outil s'accompagne également par l'instauration d'une relation d'agence dans le système de santé français au travers des ordonnances hospitalières de 1996 (2). Cependant, ce mode de financement présente certaines faiblesses auxquelles la tarification à l'activité devra répondre (3).

### **1.2.1 – « Le P.M.S.I. et l'I.S.A. » [Élias COCA]**

Le P.M.S.I. ne concerne que les courts séjours de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (M.C.O.) des établissements de santé. Les autres types de soins, comme par exemple les Soins de Suite et de Réadaptation ne (S.S.R.) ne sont pas pris en compte.

Un séjour correspond à la « prise en charge par un hôpital d'un patient, pour une durée de quelques heures à plusieurs jours, sous la forme d'un épisode de soins continu » [PERRIER L, 2001]. On peut dès à présent noter que le séjour constitue l'unité d'évaluation de l'activité des établissements de santé et représentera, dans le cadre de la Tarification à l'Activité, l'unité de tarification.

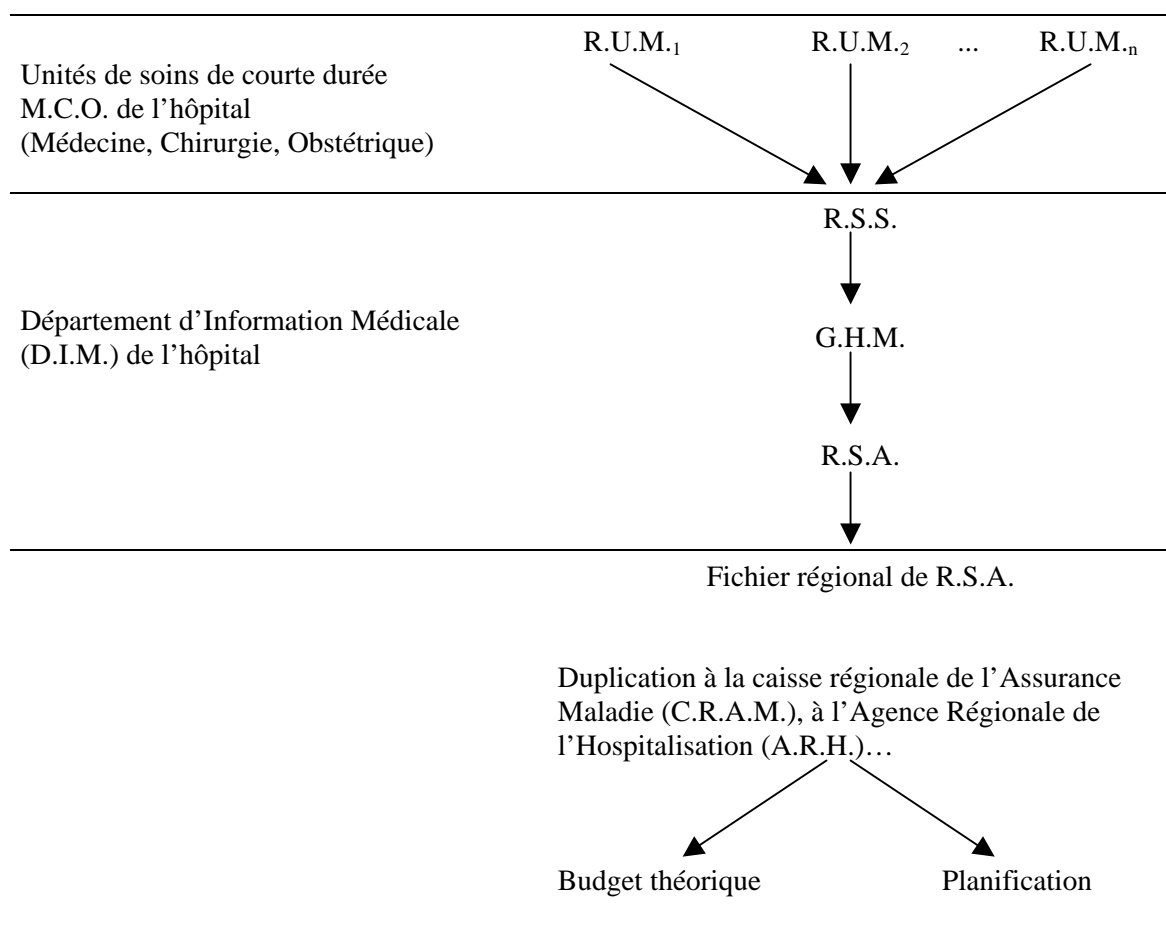
Ainsi, les établissements de santé publics ou P.S.P.H. de plus de cent lits M.C.O. sont contraints d'évaluer leur activité par un recueil systématique et standardisé des données concernant ces séjours. Le traitement de ces données sera automatisé. Ces informations vont

---

<sup>8</sup> Ministère du Travail et des Affaires Sociales, 1996 ; in PERRIER L., 2001 : p 18.

ainsi permettre à la tutelle de mieux connaître l'activité des établissements de santé français et la D.G.F. sera non plus modulée annuellement selon un taux directeur fixé par le Ministère de la Santé, mais en fonction de l'activité observée de l'hôpital. La D.G.F. de l'année  $n$  sera donc la D.G.F. de l'année  $n-1$  corrigée en fonction de l'activité observée au cours de l'année  $n-1$  grâce au P.M.S.I. Les hôpitaux à faible productivité ne peuvent donc théoriquement plus retirer une rente de situation car si le directeur d'un établissement veut voir sa dotation globale augmenter, il est fortement incité à augmenter son activité et donc sa productivité.

Nous allons donc présenter les mécanismes du P.M.S.I. grâce à la figure 2.



R.U.M. : Résumé d'Unité Médicale ; R.S.S. : Résumé de Sortie Standardisé ; G.H.M. : Groupe Homogène de Malades ; R.S.A. : Résumé de Sortie Anonyme.

Figure 2 : Production, traitement et utilisation de l'information médicale (PERRIER L., 2001)

Un court séjour M.C.O. fait ainsi l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé (R.S.S.) constitué par un ou plusieurs Résumés d'Unités Médicales (R.U.M.). Chaque R.U.M. contient le numéro d'inscription au Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux, le numéro de R.S.S., la date de naissance, le sexe, le code postal, le numéro d'unité médicale, la date et le mode d'entrée dans l'unité, le diagnostic principal avec le ou les diagnostics associés. On entend par diagnostic principal du R.U.M., le diagnostic qui selon le médecin responsable du patient a mobilisé le plus de temps et de moyens médicaux. L'information contenue dans les R.U.M. est codée selon la Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (C.I.M.) qui en est à sa dixième version. Celle-ci est désignée par le sigle CIM-10 et permet de coder les diagnostics contenus dans les R.U.M. Elle est également codée selon le Catalogue des Actes Médicaux (C.d.A.M.) afin d'identifier les actes réalisés pendant les séjours du patient et de mesurer la consommation en ressources humaines et matérielles pour réaliser l'acte. Cette mesure repose sur 4 indices :

- Les Indices de Coûts Relatifs (I.C.R.)
- L'Indice d'Activité Médicale (I.A.M.)
- L'Indice d'Activité Soignante (I.A.S.)
- L'Indice de Consommation des Ressources Matérielles (I.C.R.M.).

Ce catalogue est désormais remplacé par la Classification Commune des Actes Médicaux dont la seconde version vient d'être mise en place.

Chaque R.S.S. est classé dans un Groupe Homogène de Malades (G.H.M.). La classification en G.H.M. est actualisée périodiquement et est actuellement dans sa neuvième version. Par ailleurs, plusieurs propositions viennent d'être émises concernant la mise en place d'une dixième version.

L'imputation d'un séjour dans tel ou tel G.H.M. repose sur trois tests :

- Un test temporel : la durée du séjour est-elle inférieure ou supérieure à 24 heures ?
- Un test diagnostique : quel est le diagnostic principal ?
- Un test hiérarchique selon l'acte médical : l'acte classant est-il opératoire ou non ? Si tel est le cas alors le G.H.M. est chirurgical, dans le cas contraire il est seulement médical.

Cette information médicale permet d'une part à la tutelle de connaître l'activité hospitalière avec précision, et d'autre part permet au directeur d'établissement de disposer d'un outil stratégique et prévisionnel. Cet outil permettra donc au principal, à savoir ici le Ministère de la Santé, de réduire ce qu'on appelle communément dans la théorie de l'agence, l'aléa moral ou risque moral et la sélection adverse en diminuant les asymétries d'informations entre le principal et l'agent.

Cependant, ce qui nous intéresse ici est aussi de savoir grâce à quoi ce mode de financement pourra créer les incitations nécessaires au financement de l'innovation et donc à obtenir un système hospitalier plus performant et moins coûteux.

Le P.M.S.I. va devenir l'assise du mode de financement jusqu'en 2002. En effet, comme nous l'avons dit ultérieurement, le mode de financement est toujours basé sur la dotation globale. Le P.M.S.I. va permettre, quant à lui, d'introduire une part de financement plus en rapport avec l'activité réelle de l'établissement, qu'il soit public ou P.S.P.H. Ceci s'est fait grâce à la constitution d'une Échelle Nationale des Coûts fondée sur une mesure des coûts moyens relevés dans les 22 hôpitaux ayant été retenus pour l'expérimentation car répondant aux caractéristiques requises dont une comptabilité analytique suffisamment développée.. Le coût d'un séjour intègre les dépenses directes, les dépenses des actes médicaux et techniques, les dépenses de restauration de blanchisserie, de logistique et d'administration. En fonction de cette échelle nationale des coûts, chaque G.H.M. se voit attribuer un nombre de points I.S.A. (Indice Synthétique d'Activité). Par convention, le G.H.M. 540 « *Accouchement par voie basse sans complication* » génère 1000 points I.S.A., les autres G.H.M. se positionnent ensuite par rapport à ce G.H.M. 540.

Chaque année, les R.S.A. (Résumés de Sorties Anonymes), qui sont des R.S.S. anonymisés, sont transmis à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.) qui constitue ensuite une base régionale des R.S.A. valorisée en points I.S.A. transmise à son tour à la mission P.M.S.I. et à la Direction des Hôpitaux dans le but de constituer la base nationale des R.S.A.. Le P.M.S.I. permet à la tutelle de calculer la valeur du point I.S.A. régional et permet à l'hôpital d'élaborer la valeur de son point I.S.A. et sa dotation théorique qui sera comparée à sa dotation réelle pour pouvoir déterminer ainsi un coefficient de sous ou sur-dotation.

Par exemple, prenons un Hôpital A. Cet hôpital produit annuellement 13500 points I.S.A. en courts séjours M.C.O.. Admettons que le point I.S.A. ait une valeur de 2,3 euros, la dotation globale de fonctionnement théorique de cet hôpital A sera donc de 13500 x 2,3 soit

31050 euros. Or le budget versé par l'autorité publique pour l'activité court séjour M.C.O. s'élève par exemple à 20400 euros, on obtient un coefficient de sous-dotation de - 34 ,3 % soit  $[(20400/31050)-1] \times 100$ <sup>9</sup>. La dotation globale de cet hôpital sera donc augmentée en fonction de ce coefficient. Cette comparaison permet également de sanctionner les établissements en situation de sur-dotation par un prélèvement sur la D.G.F. Ce système permet donc d'une part d'éviter de créer une rente de situation pour les hôpitaux à faible productivité et, d'autre part, de créer une situation concurrentielle entre les hôpitaux qui va se traduire par une « course aux points I.S.A. » [PERRIER L., 2001]. En effet, un hôpital aura s'il veut voir augmenter sa dotation globale à investir dans les moyens pour traiter les patients entrant dans les G.H.M. dont le nombre de points I.S.A correspondant est élevé. Ceci constitue donc un système très incitatif à l'innovation.

Mais si cette réforme du traitement de l'information médicale présente un intérêt certain dans la création de ce nouveau mode de financement, elle va jouer également un rôle important dans la mise en place d'une certaine contractualisation des relations entre les acteurs du système hospitalier français avec les ordonnances hospitalières de 1996.

## **1.2.2 – Les ordonnances hospitalières de 1996**

Les ordonnances hospitalières ou « ordonnances JUPPÉ » de 1996 sont au nombre de trois. Il s'agit des ordonnances 96-344, 96-345 et 96-346 du 24 avril 1996. L'ordonnance 96-346 est fondamentale dans le sens où elle crée les Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.) et institue ainsi une nouvelle forme de relation d'agence à trois niveaux entre les différents acteurs du système de soins français.

### **1.2.2.1. – Une relation d'agence entre l'Etat (principal) et le directeur d'hôpital (agent) :**

Adam SMITH (1723-1790) est considéré comme le fondateur de l'économie libérale moderne dans le sens où il développa une théorie sur la division du travail fondée sur la liberté d'entreprendre. Selon lui, il existe deux moyens d'enrichir la nation :

- Diviser le travail : « *Dans chaque art, la division du travail, aussi loin qu'elle peut être portée, donne lieu à un accroissement proportionnel dans la puissance*

---

<sup>9</sup> Exemple tiré de PERRIER L., 2001.

*productrice du travail* » [A. SMITH, *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*, 1776]<sup>10</sup>.

- Laisser les individus s'enrichir : en oeuvrant pour leur intérêt personnel, ils enrichiront la nation toute entière, c'est la fameuse notion de *main invisible* : « *Tout en ne cherchant que son intérêt personnel, il travaille souvent d'une manière bien plus efficace pour l'intérêt de la société, que s'il avait réellement pour but d'y travailler* » [A. SMITH, *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*, 1776]

A. SMITH croit au respect de l'ordre naturel. Il prône ainsi le libre-échange et pense que l'économie s'équilibre automatiquement. L'ETAT n'a pas à intervenir et doit se cantonner à trois fonctions : il doit protéger la nation contre les autres nations (armée), il doit protéger les individus contre l'injustice et l'oppression (justice et police) et enfin il doit réaliser les travaux d'infrastructure nécessaires pour le développement économique ou non rentables pour le secteur privé.

Ses successeurs, que l'on a classés dans l'école néoclassique, développent à partir de ses travaux mais aussi de ceux de David RICARDO sur le libre-échange et la théorie de la répartition, ou encore de John STUART-MILL sur le progrès social, la théorie de l'équilibre général. Dans son livre intitulé *Éléments d'économie politique pure*, Léon WALRAS explique que si l'ordre naturel, c'est-à-dire si les conditions de concurrence pure et parfaite sont respectées alors l'économie se maintient automatiquement à son équilibre. Ces conditions sont développées successivement par WALRAS puis par Vilfredo PARETO dans son *Manuel d'économie politique* :

- une atomicité du marché, il faut une multitude d'offreurs et de demandeurs sur le marché,
- une homogénéité des produits : les produits doivent être comparables, la concurrence ne doit jouer que sur les prix,
- une fluidité du marché : les acteurs peuvent entrer ou sortir du marché à tout moment,

---

<sup>10</sup> In MONTOUSSÉ, 1999 : p. 12.

- enfin, une transparence du marché : toutes les informations doivent être également et parfaitement disponibles à tous les acteurs du marché.

La « Grande Dépression », faisant suite au krach boursier de 1929, va infirmer pour un temps ces hypothèses et mettre en avant le rôle de la demande dans la richesse des nations. Selon John Maynard KEYNES et ses successeurs, l'économie n'est pas naturellement à son équilibre. Il existe des distorsions et l'Etat doit intervenir pour les corriger. Mais l'Etat doit aller plus loin et doit s'impliquer directement, sortant ainsi de ses seules compétences dites « régaliennes », afin de stimuler la demande et ainsi favoriser la croissance économique.

Mais ce qui a véritablement changé dans la théorie économique contemporaine, c'est la prise en compte du fait que l'information n'est pas également répartie entre les acteurs du marché. On parle alors d'asymétries d'information. En effet, l'information possédée par un acteur d'un jeu peut être imparfaite, incomplète ou encore incertaine :

- en information imparfaite, l'incertitude porte sur le passé : au moins un des acteurs ne sait pas exactement ce qui s'est déroulé antérieurement,
- en information incomplète, l'incertitude porte sur l'identité de l'acteur. Cette identité porte sur la fonction d'utilité et les moyens d'action (la stratégie de l'acteur),
- l'information est incertaine et cette incertitude se décline en 5 degrés qui vont de l'ignorance totale à la connaissance commune.<sup>11</sup>

En résumé dans le cadre d'une relation d'agence, un des acteurs, l'agent, peut détenir une information sur un état de la Nature, une information passée ou un élément de sa propre identité qui ne seront pas nécessairement connus par un autre acteur le principal.

Mais qu'est-ce qu'une relation d'agence ? Nous pourrions répondre à cette question en citant Adam SMITH lui-même qui condamnait l'apparition des sociétés par actions dans le sens où celles-ci séparaient propriétaires et dirigeants, ce qui les rendaient moins efficaces<sup>12</sup>.

En 1976, M.C. JENSEN et W.H. MECKLING définissent la « relation d'agence » comme un contrat liant une personne (principal ou mandant) qui a recours à une ou plusieurs personne(s) (agent(s) ou mandataire(s) pour accomplir un tâche en son nom. Ceci implique

---

<sup>11</sup> In PERRIER L., 2001.

<sup>12</sup> In CROZET Y., 1997.

une délégation de nature décisionnelle à l'agent. Selon Yves CROZET, toute relation d'agence se caractérise par, comme nous venons de le voir, une asymétrie d'information du fait que l'agent possède plus d'informations que le principal. Dans ce cas, un bureaucrate connaît mieux les rouages de son administration que le personnel politique qui le contrôle et donc on peut légitimement affirmer que tel est le cas entre un directeur d'hôpital qui connaît mieux la situation de son hôpital, son case-mix, etc.... que le Ministre de la Santé.

Pour tirer le meilleur parti et éviter deux incertitudes inhérentes à cette relation d'agence que sont :

- L'aléa moral, c'est-à-dire une situation dans laquelle une incertitude existe sur le comportement futur des autres acteurs économiques. Pour donner un exemple, quand un chef d'entreprise signe un contrat de travail, il ne sait pas si son employé va utiliser tout son potentiel. Pour y parvenir, il devra trouver les incitations nécessaires comme des primes de rendement, des possibilités d'évolution...
- La sélection adverse se manifeste à chaque fois qu'il existe des incertitudes sur les états futurs de la nature. L'exemple le plus célèbre est fourni par George AKERLOF concernant le marché des véhicules d'occasion. L'acheteur potentiel ne sait pas si le véhicule qui lui semble en bon état va tenir ses promesses. Le client va alors se tourner vers le marché des véhicules neufs ou celui des véhicules d'occasion garantis par un garage<sup>13</sup>.

Le Ministre de la Santé aura alors tout intérêt à développer un type de contrat susceptible de contraindre l'agent (directeur d'hôpital) à lui fournir toute l'information dont il dispose afin de parvenir à une égale répartition de l'information. Le principal paie l'agent en fonction de ses résultats. Néanmoins, une procédure de contrôle permettrait d'améliorer les choses dans le sens où elle peut apporter des informations sur le comportement de l'acteur. Ceci induit le plus souvent l'introduction d'un troisième acteur, le Superviseur. Comme nous avons pu le voir, le P.M.S.I., grâce à un traitement standardisé et une communication systématique de l'information médicale aux autorités sanitaires régionales et nationales, constitue un premier outil pour le permettre. Cependant, il restait à contractualiser véritablement cette relation. C'est le rôle que vont jouer les ordonnances hospitalières de 1996 avec plus ou moins de succès.

---

<sup>13</sup> In CROZET Y., 1997 : p. 121.



### **1.2.2.2. – L'introduction d'un superviseur : le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.)**

Une contractualisation des relations entre le ministre de la Santé (principal) et l'hôpital (agent) a été mise en place par un double mécanisme, avec d'une part, les contrats d'objectifs et de moyens qui confrontent le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (S.R.O.S.) et les objectifs de chaque établissement de santé exprimés dans son projet d'établissement, et d'autre part, un mécanisme de contrôle incarné par la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Institution née de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a une triple mission définie par l'article L 6115-1 du code de la santé publique :

- Définir et mettre en oeuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS et la carte sanitaire,
- Analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés,
- Déterminer leurs ressources à travers la campagne budgétaire.

Chaque A.R.H. reçoit une part de l'enveloppe budgétaire nationale votée par l'assemblée nationale dans la cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette enveloppe porte le nom d'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (O.N.D.A.M.). Pour cette année 2005, le montant de l'O.N.D.A.M.<sup>14</sup> est fixé à 134,9 milliards d'euros, ce qui représente une augmentation de 3,2 % par rapport à 2004. On peut noter que les dépenses des établissements de santé en France en 2003 s'élevaient à 65,97 milliards d'euros ventilés de la manière suivante :

---

<sup>14</sup> Loi n° 2004-1370 de financement de la sécurité sociale pour 2005 (J.O. du 21 décembre 2004)

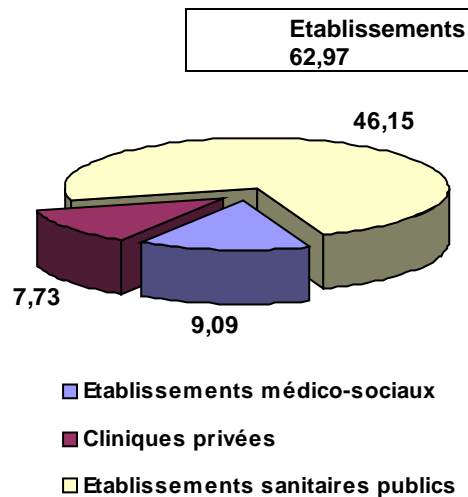


Figure 3 : les dépenses hospitalières en 2003 (en milliards d'€) (« Les Echos »/ Source : ONDAM)

Cette O.N.D.A.M. est ensuite répartie entre les régions. Pour ce faire, le ministre en charge de la Santé prend en compte le niveau de dotation de chaque région et effectue une péréquation favorisant les régions sous-dotées au détriment des régions sur-dotées. Cette enveloppe régionale est ensuite gérée par l'A.R.H. qui la répartit entre les différents établissements du service public hospitalier. Cette gestion par l'A.R.H. résulte d'une délégation de contrôle mais aussi de pouvoir de la part du Ministère de la Santé.

Chaque A.R.H. est administrée par une commission exécutive et dirigée par un directeur que l'on peut considérer comme le « Préfet sanitaire de région »<sup>15</sup> [PERRIER L., 2001]. En effet, le directeur de l'A.R.H. est le représentant direct de l'Etat dans la région sur le plan de la politique sanitaire. Toute modification dans l'activité d'un établissement de santé doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la part du directeur de l'A.R.H. dont celui-ci dépend. De plus la création, l'extension ou la conversion d'un établissement de santé public ou privé doit également être autorisée conjointement par le directeur de l'A.R.H. et par le ministre de la Santé. Enfin, le directeur de l'A.R.H. peut même demander à deux ou plusieurs établissements publics de signer une convention de coopération, de créer un syndicat inter-hospitalier ou un groupement d'intérêt public, voire de décider de créer un nouvel établissement de santé par fusion des établissements concernés.

<sup>15</sup> PERRIER L., Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en cancérologie pédiatrique, Thèse Sciences Économiques, Université LYON II, 2001, p.36.

L'A.R.H. constitue donc un troisième niveau dans la relation d'agence qui existe entre le ministre de la Santé et le directeur d'hôpital. Ainsi, l'A.R.H. joue le rôle d'un superviseur.

Dans ce cadre, le ministre de la Santé, en tant que principal, va chercher à fournir une production de soins optimale en termes quantitatifs et qualitatifs. Il peut chercher à augmenter son budget mais il peut aussi avoir pour objectif de fixer un niveau de soins correspondant à la demande et à minimiser son enveloppe budgétaire. Ainsi, le principal rémunère l'agent (l'hôpital) chargé de fournir les soins sur une zone géographique déterminée et le superviseur est chargé de contrôler les résultats de l'agent. L'objectif du ministre de la santé sera alors de minimiser la D.G.F. hospitalière et la rémunération du superviseur.

Avec les ordonnances de 1996, les budgets annuels des établissements de santé sont visés et approuvés par les A.R.H. qui doivent veiller à la satisfaction des objectifs de santé publique à un coût minimal.

De son côté, l'hôpital cherchera à maximiser ses points I.S.A. pour augmenter son budget théorique en contrôlant son budget réel et s'engage à fournir une partie de la demande de soins en échange du financement.

L'introduction d'un superviseur est la nouveauté des ordonnances hospitalières de 1996. Mais sur quelles bases et avec quels outils s'opère ce contrôle ?

### **1.2.2.3. – Les contrats d'objectifs et de moyens**

Les contrats d'objectifs et de moyens signés entre l'A.R.H. et les établissements de santé, qu'ils soient publics, P.S.P.H. ou privés à but lucratif, résultent d'un compromis entre l'intérêt de santé publique exprimé par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (S.R.O.S.) et la carte sanitaire d'une part, et les intérêts de l'hôpital exprimés dans son projet d'établissement, d'autre part.

Le S.R.O.S. définit la répartition régionale des installations et des activités de soins. Ce schéma fixe pour cinq ans les priorités et les objectifs pour l'organisation sanitaire de la région selon la carte sanitaire qui découpe la région en secteurs sanitaires de 200 000 habitants qui s'imposent aux établissements de santé publics et privés. Le S.R.O.S. et la carte sanitaire étaient signés par le Préfet de région mais relèvent, depuis les ordonnances de 1996, de la compétence du directeur de l'A.R.H.

Le Projet d'établissement définit les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical, les soins infirmiers, la recherche bio-médicale... L'A.R.H. approuve ou

rejette les projets en fonction des orientations régionales exprimées par le S.R.O.S.. Si le projet est approuvé, alors des négociations sont ouvertes pour définir les moyens qui seront alloués à l'établissement pour réaliser ce projet. Dans le cas contraire, le projet devra être révisé et présenté une seconde fois.

Les négociations ont six mois pour aboutir à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens qui n'était que facultatif avant les ordonnances de 1996. Ces contrats sont signés pour une durée de trois à cinq ans et constituent un instrument de pilotage pour l'hôpital et un outil de contrôle pour l'A.R.H. car ils comportent un mécanisme de suivi. Un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport d'exécution final sont fournis au directeur de l'A.R.H. et des indicateurs ont été créés pour évaluer la mise en œuvre du contrat en mesurant l'écart entre la situation initiale et celle constatée à la fin du contrat. En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'A.R.H. peut prendre des sanctions qui peuvent même aller jusqu'à une résiliation avant terme si l'établissement de santé manque gravement à ses obligations législatives. L'A.R.H. peut également effectuer des contrôles sur place et sur pièces avec des audits complets d'établissements, des enquêtes ponctuelles...

Cependant, des phénomènes de collusion peuvent exister entre certains établissements de santé et une A.R.H. Afin de prévenir ce risque, les A.R.H. sont soumises au contrôle économique et financier de la cour des comptes et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales<sup>16</sup>.

« Cet outil juridique se veut souple, transparent et responsabilisant » [PERRIER L., 2001] et va devenir un élément central de la vie des établissements de santé. Cette contractualisation couplée au P.M.S.I. va permettre de développer la relation d'agence existant entre le ministre de la santé et l'hôpital représenté par son directeur de manière intéressante. Cependant, ce système présente certaines limites que nous allons détailler ci-après.

---

<sup>16</sup> Article L.6115-2 du Code de la Santé Publique.

### **1.3 – Le P.M.S.I. : « Petit Machin Sans Importance »<sup>17?</sup>**

Après 7 ans de fonctionnement de ce système, force est de constater que les révisions budgétaires opérées sur la base du P.M.S.I. n'ont concerné que 1 % des dotations globales. L'objectif de la mise en place d'un tel système destiné à asseoir davantage le financement des établissements de santé sur leur performance était de devenir un outil d'incitation à l'amélioration des pratiques, mais les médecins hospitaliers qui l'ont très vite surnommé le « Petit Machin sans importance » n'y ont vu qu'une tentative d'intrusion du secteur administratif dans leur travail et surtout le P.M.S.I. a été très vite perçu comme un outil supplémentaire de réduction budgétaire<sup>18</sup>.

La première limite tient dans le fait que « le P.M.S.I. peut être détourné de ses objectifs » dans le fait que le séjour d'un patient peut être classé dans un G.H.M. plus valorisant en points I.S.A.<sup>19</sup>. En effet, quand un patient se présente avec une certaine pathologie dont le diagnostic est peu précis, c'est-à-dire que le diagnostic conclut à une certaine catégorie de pathologies comme les cancers par exemple. La tentation peut être grande de classer le séjour du patient dans le Groupe homogène de Malades le plus rémunérateur en points I.S.A. Par exemple, en 2001, le G.H.M. 681 « *Chimiothérapie pour tumeur* » est valorisé par 203 points I.S.A. soit une rémunération théorique de 395 euros par jour d'hospitalisation en ambulatoire pour l'hôpital. Si l'hospitalisation est complète, le séjour sera alors classé dans le G.H.M. 585 « *Chimiothérapie pour leucémie aiguë* » qui génère 2517 points I.S.A., soit 4896,2 euros<sup>20</sup>. Cette différence de valorisation induit donc certaines pratiques médicales qui viseront à préférer l'hospitalisation complète par rapport à l'hospitalisation en ambulatoire qui peut représenter un confort certain pour le patient du fait qu'il est traité dans son environnement familial. La classification dans un G.H.M. ne tient donc pas véritablement compte de l'intensité des soins prodigués en fonction de la pathologie mais plutôt du type de séjour<sup>21</sup>. Il y a aussi un risque de sélection des patients. On pourra être

---

<sup>17</sup> REVERCHON A., "À l'hôpital, les instruments de gestion peinent à rendre compte de la complexité des tâches", in *Le Monde* du 29 juin 1999.

<sup>18</sup> REVERCHON A., "L'hôpital s'aventure dans la culture de gestion", in *Le Monde* du 20 janvier 2004.

<sup>19</sup> Dr Jean-Marie RENARD, Le système d'information hospitalier, Cours de PCEM 2, CERIM, Université LILLE II, octobre 2003.

<sup>20</sup> Valeur du point I.S.A. région Rhône-Alpes de 1999 : 1,95 euros.

<sup>21</sup> Exemple tiré de PERRIER L., 2001.

incité à choisir les patients avec les pathologies les moins sévères, et donc les moins coûteuses, afin de diminuer les coûts et donc diminuer la valeur de l'I.S.A.

Mais la principale limite du mode financement basé sur la D.G.F. corrigée par le P.M.S.I. réside dans le financement de l'innovation.

Dans sa thèse, Lionel PERRIER illustre ce problème par un exemple précis, le financement des molécules onéreuses de chimiothérapie au sein du Centre régional de Lutte contre le Cancer Léon BÉRARD à Lyon. Selon lui, les hôpitaux soumis au P.M.S.I. doivent faire face à deux contraintes difficilement conciliables : il doivent assurer un haut niveau de performance au niveau médical et maintenir un point I.S.A. proche de la moyenne régionale sous peine de se voir sanctionnés pour sur-dotation. Cependant, un hôpital désireux de favoriser l'innovation en utilisant les dernières molécules de chimiothérapie ou les protocoles les plus modernes peuvent rapidement se retrouver en situation de sur-dotation et ainsi être indirectement sanctionnés pour avoir choisi l'innovation. Le « système P.M.S.I. pénalise donc l'innovation technique et limite l'utilisation des molécules onéreuses dès lors que leur coût excède la rémunération du G.H.M. » [PERRIER L., 2001]<sup>22</sup>.

Dans le cas du mabthéra (anticorps utilisé pour lutter contre les lymphomes malins), le prix moyen journalier du traitement s'élevait à 1779,7 euros en 2001 alors que le G.H.M. consacré aux soins chimiothérapie en ambulatoire est valorisé à hauteur de 394,9 euros. Pour financer cet écart, le système P.M.S.I. va attribuer des points I.S.A. complémentaires. Mais ce financement des molécules onéreuses par des points I.S.A. soulève trois types de questions :

- A partir de quel prix une molécule devient-elle onéreuse ?
- Comment passer du prix libellé en euros à un nombre de points I.S.A. ?
- Comment identifier les molécules onéreuses servant à traiter des cancers des autres pathologies comme par exemple l'interféron ?

Enfin, la dernière limite est plus technique que pratique. En effet, les divers aménagements du système P.M.S.I. au cours du temps comme des changements dans la classification en G.H.M., les revalorisations successives de certains G.H.M. en points I.S.A. rendent les comparaisons inter-annuelles très délicates.

---

<sup>22</sup> PHILIP *et al.*, 1999 ; *in* PERRIER L., 2001.

Cette première étape dans la réforme du mode de financement du secteur public hospitalier était nécessaire mais était limitée intrinsèquement du fait que celle-ci s'articulait sur la base de la D.G.F. En effet, le P.M.S.I. n'a été conçu que qu'un outil de péréquation destiné à corriger les inégalités inter-régionales et inter-établissements et comme nous l'avons vu précédemment, il n'a pas permis de relier efficacement le financement au niveau d'activité des établissements de santé.

Le « retard français » en termes d'innovation et notamment dans le domaine de l'imagerie médicale n'a de cesse d'inquiéter et les professionnels de santé s'alarment devant la « fragilisation financière des hôpitaux »<sup>23</sup>. Cette situation n'est pas nouvelle et le ministère de la Santé réfléchit à une refonte de l'hôpital depuis 1998. Le P.M.S.I. a subi des modifications constantes afin de l'adapter aux besoins mais cela n'était pas suffisant et il aura fallu attendre 2002 pour parvenir à un plan d'action concret, le plan « Hôpital 2007 » qui prévoit notamment un mode de financement directement relié au niveau d'activité des hôpitaux sur la base des données du système P.M.S.I. qui devient vraiment un outil de facturation.

---

<sup>23</sup> "La fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels" *in* Le Monde du 22 octobre 2004.

## **DEUXIÈME PARTIE**

### **LE PASSAGE À LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A) ET SES IMPLICATIONS**



Comme nous venons de le voir, l'ancien système basé sur le budget global entraînait des comportements stratégiques préjudiciables notamment pour la qualité des soins prodigués au patient mais également concernant la gestion comptable des établissements de santé qui n'étaient pas incités à assainir leurs finances.

Dès lors, de nombreuses réflexions ont été menées afin de lui substituer un nouveau système de financement. Ces travaux ont très vite été orientés en direction du système de paiement prospectif à la pathologie tel que l'on peut l'observer aux Etats-Unis depuis 1983 au sein du plan MEDICARE. Les autorités publiques ont fait le choix de retenir ce système en l'adaptant au système de santé français. Ce choix a été motivé par divers objectifs dont une médicalisation du financement des établissements de santé, la responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements et le développement d'outils de pilotage qualitatifs comme l'incitation à l'accréditation ou l'analyse des case-mix, ou médico-économiques comme le contrôle de gestion ou encore une comptabilité analytique plus précise.

Mais les deux enjeux majeurs de cette réforme sont le financement de l'innovation, domaine où la France, qui possède le meilleur système de santé au monde selon l'O.M.S., connaît un retard conséquent mais aussi la convergence entre établissements publics et établissements privés en créant par la voie d'un mode de financement harmonisé une situation de concurrence loyale entre ces deux secteurs.

Il conviendra dans un premier temps de présenter les fondements théoriques et pratiques de la tarification à l'activité (1) pour mieux en comprendre l'articulation et le fonctionnement attendu afin de déceler quelles sont les incitations que ce système va créer afin d'éviter les phénomènes de risque moral et d'anti-sélection inhérents au système de santé et de parvenir à un financement adapté de l'innovation (2). Ensuite, nous tenterons de déceler les enjeux d'une éventuelle convergence entre secteurs hospitaliers public et privé à but lucratif (3).

## **2.1 – Les fondements de la tarification à l'activité : la tarification à la pathologie**

Si l'Etat français a décidé de mettre en place la tarification à l'activité (T2A), il ne l'a pas fait à partir de rien. En effet, cette décision se fonde à la fois sur la théorie économique concernant les paiements prospectifs à la pathologie, que les économistes de la santé désignent par le sigle « PPP », notamment au travers de l'expérience américaine (1). Mais les exemples européens ont également pu servir de modèle en permettant d'observer les conséquences pratiques positives ou négatives que l'on peut attendre d'un tel système (2).

### ***II.1.1 – Risque moral, anti-sélection et concurrence par comparaison***

Avant toute chose, il convient de préciser les spécificités économiques du système de santé. Le système de santé peut être considéré comme un marché traditionnel de biens et services. Cependant, ce marché présente des caractéristiques différentes qui compliquent singulièrement les choses.

#### **2.1.1.1 – Spécificités économiques du système de santé**

En effet, à la différence des autres marchés économiques, le consommateur des soins n'est pas le payeur, ou plutôt il ne l'est qu'indirectement. Les relations entre le producteur des soins et le consommateur se fait également par l'intermédiaire d'un troisième acteur régulateur, les caisses d'assurance maladie. La décision individuelle de consommation des biens de santé se trouve déconnectée de son financement et apparaît ainsi un risque de dépense excessive ou d'allocation inefficace des ressources. Un individu n'a aucun intérêt à restreindre sa consommation du fait que c'est « la collectivité qui est financièrement mise à contribution par sa décision individuelle » [HENRIET, 2003].

Le système de santé, pris en tant que marché économique présente l'autre particularité de posséder un circuit de financement faisant appel aux prélèvements fiscaux, que ceux-ci soient par l'impôt ou par des prélèvements sociaux. Ceci induit le fait que le régulateur cherche à proscrire toute création de rente indue de la part du producteur de soins.

Et enfin, la plupart des paramètres entrant en compte dans le tarif restent la plupart du temps inconnus, comme le « consentement à payer », le prix maximum que le consommateur de soins est prêt à payer, le coût normal de production d'un bien de santé et finalement le prix

pratiqué. L'information concernant ces données est inégalement répartie entre les acteurs comme nous l'avons déjà observé<sup>24</sup>.

Ceci légitime l'action de l'Etat afin de réguler la dépense par la mise en place d'une tarification adaptée. Comme nous l'avons déjà vu, le coût n'est pas parfaitement observable et ceci induit donc des incertitudes qui sont de deux types :

- le risque moral
- l'anti-sélection ou sélection adverse

Dans le cas du système de santé, le risque moral peut prendre des formes diverses comme une qualité des soins insuffisante par rapport aux moyens engagés, une prise en charge sélective des patients... Alors que dans un cas d'anti-sélection, la cause de l'incertitude est exogène, elle ne relève pas du prestataire, mais par exemple pour un établissement de santé donné, l'incertitude peut dépendre du milieu socioculturel dans lequel il évolue, de l'état général des patients, de l'évolution technique...

#### **2.1.1.2 – Nécessaire arbitrage entre incitation à l'effort et maîtrise des dépenses**

Jean-Jacques LAFFONT et Jean TIROLE ont montré que ce qui importait dans un problème de risque moral c'est l'incitation, et l'on peut dire qu'un mode de financement déconnecté des coûts constitue une incitation maximale pour le prestataire. En effet, celui-ci aura intérêt à réaliser l'effort optimal de réduction des coûts s'il retire l'intégralité des bénéfices associés à l'augmentation de ces efforts. C'est le système de la Dotation Globale de Fonctionnement.

Par contre dans le cas d'anti-sélection, le problème consiste dans le fait que si le prix fixé est trop bas, les prestataires qui font face à des coûts plus élevés, car ils ont choisi d'innover, par exemple, seront considérés comme les moins performants, ce qui n'est qu'apparent. Ces derniers ne seront pas en mesure de couvrir leurs coûts et préféreront ne pas produire. Dans ce cas, il faut donc fixer un prix égal au niveau maximal envisageable du coût. Cependant, ceci conduit à abandonner une rente aux producteurs faisant face aux coûts les moins élevés, donc les plus performants, en apparence.

---

<sup>24</sup> Cf. *supra*.

Toute la difficulté pour le régulateur est de savoir s'il est en présence de risque moral ou d'anti-sélection. Souvent, les producteurs de soins vont chercher à faire passer ce qui relève du risque moral pour de l'anti-sélection pour justifier une hétérogénéité des coûts. Il faut donc considérer que risque moral et anti-sélection sont simultanés et il convient donc de trouver un juste équilibre entre « nécessité d'incitation à l'effort et impératif de maîtrise des dépenses » [HENRIET, 2003].

Pour ce faire, deux systèmes de tarification sont à la disposition du régulateur : la tarification « à prix fixe » qui prévoit une rémunération indépendante du coût observé qui a un pouvoir incitatif maximal mais avec lequel tout gain de productivité exogène est intégralement capté par le producteur. On peut également utiliser un système de financement où le coût observé est remboursé. Ce système a un pouvoir incitatif nul : tout gain de productivité exogène se fera au profit du patient mais le producteur de soins n'est pas incité à rechercher des gains de productivité endogènes car il n'en retirera aucun bénéfice. En général, on s'évertue donc à concevoir des systèmes de tarification mixtes.

En France, la correction de la D.G.F. par les données du P.M.S.I. ont constitué une première étape dans le mixage des systèmes de tarification. Cependant, les limites ont été très vite atteintes et il a donc fallu s'intéresser à des moyens de renforcer la mixité : la concurrence par comparaison et le paiement prospectif à la pathologie.

En effet, si le régulateur, c'est-à-dire le ministre de la Santé, se trouve face à plusieurs prestataires en situations comparables, il peut tirer partie de cette multiplicité pour minimiser les rentes indues en utilisant un mécanisme de concurrence par comparaison.

L'utilisation de ce mécanisme diffère selon le type d'incertitude en anti-sélection. En effet, on peut se trouver face, soit à une incertitude « systématique », soit à une incertitude « idiosyncrasique ». Si l'incertitude est « systématique », la composante exogène du coût est identique pour tous les prestataires mais le régulateur ne peut en avoir connaissance. Chaque pathologie a un coût indépendant de l'hôpital mais le ministre de la Santé n'a aucun moyen de le connaître. Dans un cas d'incertitude « idiosyncrasique », la composante exogène du coût diffère d'un hôpital à l'autre sans que les informations issues de chacun d'eux puissent être corrélées. On peut noter qu'en pratique, l'information est mixte. Dans le cas d'incertitude systématique, si le régulateur observe qu'un hôpital a un coût plus élevé que les autres, il peut en conclure que cet hôpital ne déploie pas les mêmes efforts de productivité que les autres. Ceci permet de réduire son « déficit informationnel » [HENRIET, 2003]. Par contre, dans le

cas d'incertitude idiosyncrasique, la comparaison n'apporte rien car la structure du coût de chaque hôpital reste inconnue.

Nous pouvons ainsi caractériser les tarifications efficaces lorsque l'incertitude est systématique. Selon HENRIET, le principe est simple : « *je te rembourse au niveau du coût que j'observe sur ton voisin pour la même prestation* »<sup>25</sup>. Selon lui, la rémunération d'un prestataire doit être *ex ante* et indépendante de son coût. Il s'agit donc d'une tarification à prix fixe qui l'incite à l'effort optimal. Comme tous les coûts systématiques sont égaux, les coûts observés *ex post* seront égaux car tous les prestataires auront le même comportement. Il s'agit alors de proposer le prix susceptible de limiter la captation de rentes indues par les prestataires. Ceci se fait en proposant un prix fixé en fonction des coûts observés chez les autres.

Notons le prix proposé au prestataire  $i$ ,  $p_i$ , pour un coût observé  $c$  :

$$p_i = F(c_1, c_2, \dots, c_{i-1}, c_{i+1}, \dots, c_n) \text{ avec } F(c, c, \dots, c) = c.$$

$F$  peut ainsi représenter la moyenne des coûts des autres, le minimum ou le maximum du coût des autres, le coût du voisin ou encore, c'est le cas généralement, le mode, la médiane du coût des autres prestataires... On peut en conclure que tant que l'hypothèse d'incertitude est confirmée, il n'y a aucune raison d'observer des coûts différents. Mais si on observe tout de même des coûts différents, alors cela voudra dire que, soit des prestataires cherchent à dissimuler du risque moral par de l'anti-sélection, soit alors que l'on est en présence d'incertitude idiosyncrasique.

Dans le cas général, les prestataires ne sont pas identiques. S'il existe de l'anti-sélection résiduelle, la régulation optimale sera de mélanger prix fixe et remboursement des coûts avec une partie « prix fixe » ajustée par concurrence par comparaison.

---

<sup>25</sup> HENRIET D., Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission Tarification à l'Activité, 2003, p. 6.

## **2.1.2. – Paiement prospectif à la pathologie et le programme « MEDICARE » aux Etats-Unis**

Nous allons, sur le modèle de MOSCHETTI, de l'université de la Méditerranée, présenter les attributs du paiement prospectif à la pathologie puis nous nous intéresserons aux leçons de l'expérience qui a pu en être faite aux Etats-Unis dans le cadre du programme « MEDICARE ».

### **2.1.2.1 – Attributs du paiement prospectif à la pathologie**

« *Le système de paiement prospectif proposé à un agent par une tutelle repose sur l'attribution d'un montant fixé antérieurement à la période de production* » [MOSCHETTI, 2003]. Les hôpitaux reçoivent une somme forfaitaire basée sur un coût défini *ex ante* pour une pathologie donnée et indépendante de leurs coûts effectifs. Ceci a pour but d'inciter les hôpitaux à minimiser leurs coûts de traitement. Si pour une pathologie donnée, les hôpitaux utilisent plus de ressources que celles prévues par le forfait, ils perdent la différence. Dans le cas contraire, ils en bénéficient.

Dans ce système, l'unité de facturation est le séjour. Chaque séjour est ensuite classé selon un Groupe Homogène de Malades (G.H.M.) dont le critère est l'homogénéité de traitements pour des pathologies proches<sup>26</sup>.

Selon cet auteur, la mise en place d'un tel mécanisme peut, en théorie, présenter certains avantages. En effet, ce système ne propose pas une tarification en fonction de la structure des coûts de chaque établissement mais les incite à plus d'efficacité productive. Cette incitation peut également être potentialisée par le fait que, contrairement au financement par budget global, l'hôpital garde une maîtrise totale de ses choix budgétaires et de son processus de production. Et enfin, la classification par pathologies peut tenir compte des différences entre les case-mix des hôpitaux et ainsi proposer un financement plus équitable.

Cependant, lors de la mise en place et au cours de l'utilisation d'un tel mécanisme, il faudra demeurer vigilant du fait que certains comportements stratégiques sont à craindre. Ainsi, l'hôpital peut chercher à sélectionner sa clientèle en ne prenant en charge, à l'intérieur d'un même G.H.M., que les patients pour lesquels le coût du traitement sera inférieur au prix

---

<sup>26</sup> Cf. *supra*.

du forfait. De plus, la contrainte financière du forfait peut conduire les hôpitaux qui cherchent à augmenter leur marge bénéficiaire à proposer des soins de moindre qualité.

Ce mécanisme a été mis en place et expérimenté aux Etats-Unis dans le cadre du programme « MEDICARE » entre 1983 et 1987. Certains économistes de la santé ont pu ainsi se lancer dans une observation « *in vivo* » et ainsi déceler les leçons que l'on pourrait retenir de cette expérience pour la conception du mode de financement du secteur public hospitalier français.

### **2.1.2.2 – Les « leçons de l'expérience MEDICARE » [MOSCHETTI, 2003]**

La première constatation que l'on peut faire au sujet de cette expérience, c'est qu'elle a permis d'obtenir certains effets positifs mais des effets négatifs ont également été observés.

Tout d'abord, il faut signaler que la mise en place du paiement prospectif à la pathologie a entraîné une baisse importante des dépenses de santé entre 1983 et 1984. En effet, les hôpitaux soumis à ce système ont connu une croissance des dépenses deux fois moins importante que celle des autres établissements de santé [FEDER *et al.*, 1987]<sup>27</sup>. Cependant, cette « accalmie » fut de courte durée et la croissance des dépenses a repris ensuite à des niveaux comparables quel que soit le système de financement employé. Cependant, le niveau des dépenses des établissements utilisant d'autres systèmes n'a pas été rattrapé, MOSCHETTO parle donc d'un « ralentissement temporaire des dépenses en *marche d'escalier* ». Ceci montre que la mise en place du paiement prospectif à la pathologie n'a pas freiné durablement les dépenses.

D'un autre côté, la mise en place de ce programme a permis d'observer une nette diminution du nombre d'admissions. On aurait pu s'attendre au contraire. Comme nous l'avons déjà noté, le paiement prospectif à la pathologie s'appuie sur le séjour comme unité de financement. Ce système incite à la maîtrise des coûts mais pas à restreindre le nombre de séjour. On aurait pu assister à des réadmissions de patients. Cette diminution a été de l'ordre de 11 % au cours des huit années qui ont suivi la mise en place du programme « MEDICARE ».

Enfin, une baisse de la durée moyenne des séjours de 9 % entre 1983 et 1985. Si les établissements utilisant d'autres systèmes ont également fait l'expérience de cette diminution,

---

<sup>27</sup> In MOSCHETTI, 2003.

de nombreux travaux ont confirmé l'impact du paiement prospectif à la pathologie [SALVEKER *et al.*, 1986]<sup>28</sup>. Cependant, certains ont pu interpréter ce phénomène comme un signe de la diminution de la qualité.

Ce qui nous amène à aborder les effets négatifs de cette réforme. Il y a d'une part ce que les Américains ont appelé le « DRG creep ». Les hôpitaux ont été accusés de surclasser les patients dans des G.H.M. plus rémunérateurs que celui qui correspondait à la pathologie réelle du patient. C'est un comportement stratégique des producteurs de soins qui voient ainsi augmenter leurs remboursements. Ceci est d'autant plus facile que le classement du patient peut être effectué *a posteriori*, c'est-à-dire une fois le patient traité.

La mise en place du paiement prospectif à la pathologie a été également accompagnée d'un phénomène de sélection des patients comme on avait pu le prévoir en théorie. A l'extrême, ce comportement conduit à refuser l'accès aux soins aux personnes les plus malades. Certains hôpitaux craignant de devoir soigner des patients trop onéreux ont même décidé la fermeture de leur service d'urgences. Mais la sélection peut également se faire en amont en décidant de se passer de certains types d'équipements et de spécialistes. Par exemple, certains hôpitaux refusent de traiter les patients atteints de diabète, dont les complications sont lourdes à traiter. Plus grave encore, cette sélection semble s'accompagner d'une diminution de l'effort de réduction des coûts, d'une spécialisation inefficace et surtout vient fausser la concurrence entre les établissements de santé.

Enfin comme nous l'avons déjà évoqué, certains auteurs ont également critiqué une baisse de la qualité qui se manifesterait par une diminution de la durée des séjours.

Ce système a permis d'accroître l'effort des établissements de santé américains en vue de réduire les coûts. Cependant, il se heurte à un problème majeur : l'hétérogénéité des malades. Les incitations créées par ce système peuvent donc être limitées. La solution pourrait se trouver dans un système de paiement mixte de type « *risk-sharing* » ou partage des risques en prenant en compte à la fois le coût individuel d'un patient et l'aléa moral. De nombreux auteurs travaillent sur ce type de paiement et essaient de mettre en place des modèles combinant paiement prospectif et coût individuel qui semblent être efficaces [NEWHOUSE, 1996]<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> In MOSCHETTI, 2003.

<sup>29</sup> In MOSCHETTI, 2003.



Ces divers travaux ont servi de base aux modes de financement des établissements de santé mis en place dans certains pays européens, mais également pour l'élaboration de la tarification à l'activité en France qui tend à prendre en compte les leçons de l'expérience « MEDICARE ».

## **2.2 – La tarification à l'activité en France**

Les développements ultérieurs se sont basés sur les documents d'information de la mission T2A, du ministère de la Santé. Les dernières mises à jour concernant la fixation des tarifs de G.H.S. effectifs et des classifications en G.H.M. ne seront pas détaillées car seule l'articulation du système et ses implications en termes d'incitations vont nous intéresser. Dans un premier temps, nous allons préciser le schéma général du fonctionnement du nouveau mode de financement mis en place. Nous étudierons plus en détail les différentes modalités de financement par la suite, celles-ci étant différentes pour les établissements publics et P.S.P.H. d'un côté, et les établissements privés sous O.Q.N. de l'autre.

### ***2.2.1 – Schéma général de la tarification à l'activité***

#### **2.2.1.1 – Le champ d'application de la réforme**

En principe, tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (M.C.O.) entre dans le champ de la réforme. Et, dans ce cadre, concerneront toutes les activités de soins en hospitalisation, avec ou sans hébergement, dont les alternatives à la dialyse en centre, l'hospitalisation à domicile et les consultations et actes externes. De plus, si des établissements ont également des autorisations de lits en soins de suite et réadaptation (S.S.R.), la réforme ne concernera que la partie M.C.O. Il est néanmoins prévu, qu'à terme, ce type d'autorisation entre dans le champ de la tarification à l'activité.

Donc tout ce qui ne rentre pas dans le champ M.C.O. demeure financé selon l'ancien système pour les établissements privés soumis à l'objectif quantifié national (O.Q.N.), et pour préparer l'entrée des activités non-M.C.O. dans le cadre de la tarification à l'activité. Pour les établissements publics et P.S.P.H., ces activités seront financées par une « dotation annuelle de financement » qui se substitue au système de dotation globale.

Par contre, les hôpitaux locaux, les établissements du Service de Santé des Armées et quelques autres n'entrent pas dans le champ de cette réforme.

### **2.2.1.2. - Les modalités de financement de la T2A**

En vue de permettre aux établissements de santé de faire face à l'hétérogénéité des patients et éviter les problèmes et comportements stratégiques rencontrés avec un système de tarification à la pathologie pur comme dans MEDICARE, la Tarification à l'Activité met en jeu cinq modalités de financement.

Trois d'entre elles sont directement liées à l'activité réalisée et observée sur la base de la transmission des données P.M.S.I. :

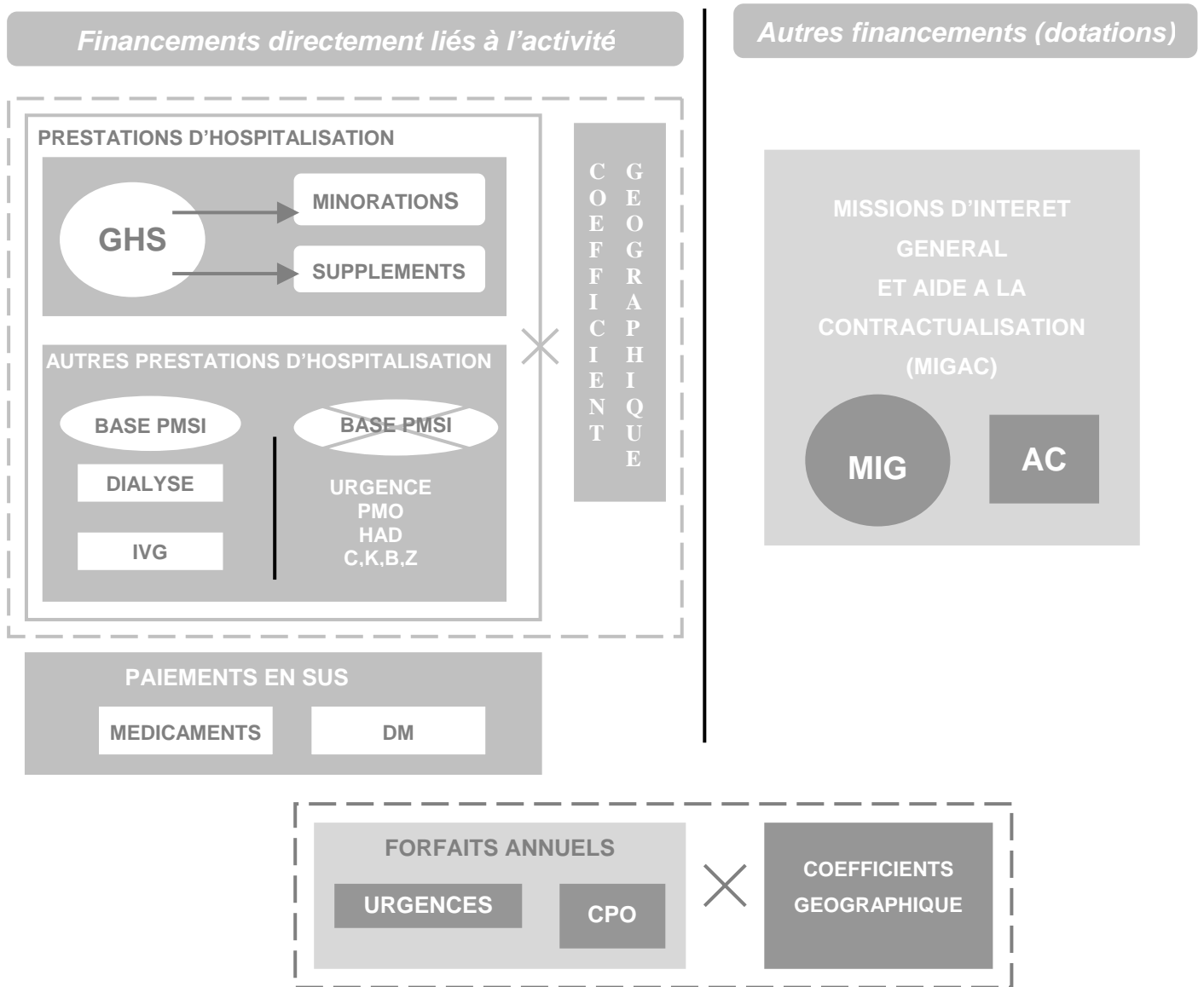
- le paiement d'un tarif par séjour des activités d'hospitalisation avec ou sans hébergement. Les types de séjours sont classés par Groupes Homogènes de Séjours (G.H.S.) pouvant correspondre à un ou plusieurs Groupes Homogènes de Malades (G.H.M.),
- le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultations et d'actes externes (seulement dans les établissements publics car les établissements privés travaillent avec des médecins libéraux dont les honoraires sont facturés en sus), d'urgence, de prélèvements d'organes et l'Hospitalisation à Domicile (H.A.D.),
- le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation, notamment certains médicaments onéreux , dont les molécules onéreuses de chimiothérapie, ou certains dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) comme les prothèses de hanche.

En revanche, il existe une modalité particulière de financement mixte. En effet, un forfait annuel sera versé aux établissements pour financer les coûts fixes d'une activité comme les urgences ou les prélèvements d'organes qui peuvent être fort conséquents.

Enfin, une partie du financement ne sera pas fondée sur la Tarification à l'Activité mais relèvera de la dotation : ce sont les Missions d'Intérêt Général et d'aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.) que nous détaillerons ultérieurement.

Ces cinq modalités de financement sont schématisés dans la figure 4.

Figure 4 : Les 5 modalités de financement de la T2A [mission T2A, 2003]



### 2.2.1.3. – Les modalités de la régulation

Tout d’abord, on peut noter que la mise en place de la T2A, va sérieusement modifier le découpage de l’O.N.D.A.M.. En effet, l’enveloppe O.N.D.A.M. est elle-même découpée en enveloppes et objectifs qui sont présentés dans la figure n° 5.

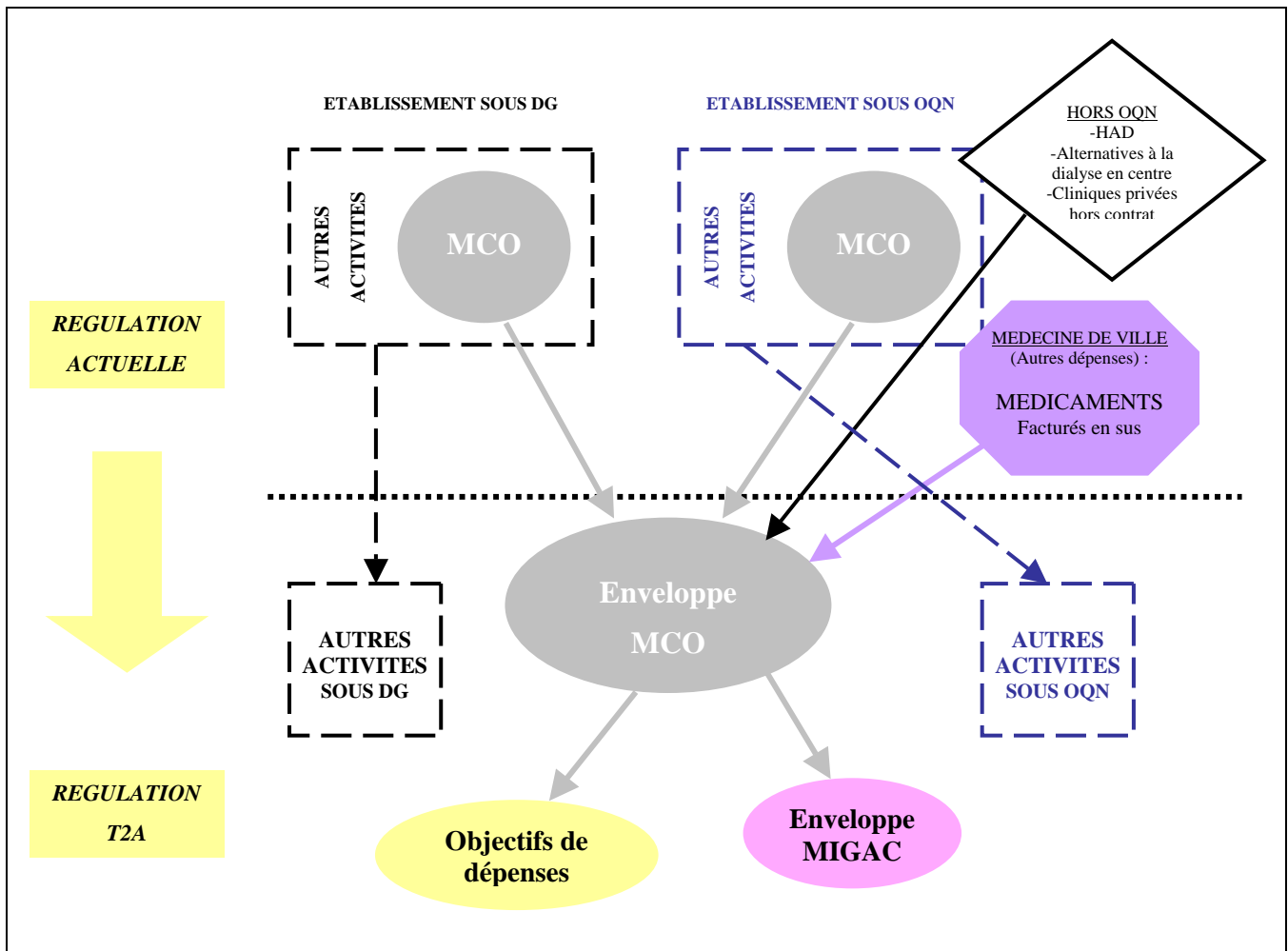


Figure 5 : Les modalités de la régulation : la nouvelle répartition de l’O.N.D.A.M. [Mission T2A, 2003]

L’O.N.D.A.M. se compose ainsi d’un objectif de dépenses M.C.O. qui commun aux secteurs privé et public. Cet objectif regroupe les tarifs des G.H.S., les forfaits techniques (scanner, I.R.M. ...), le forfait de passage aux urgences, les forfaits annuels, les actes et consultations externes (seulement pour le secteur public et P.S.P.H.), l’hospitalisation à domicile, les suppléments journaliers et enfin les médicaments et dispositifs onéreux payés en sus. Il s’agit d’un objectif de dépenses et n’a donc aucun caractère borné et limité. Il peut être dépassé.

Ceci n'est cependant pas le cas de l'enveloppe M.I.G.A.C., également commune aux deux secteurs.

Enfin, pour le secteur public et P.S.P.H., il existe une enveloppe des dépenses non-M.C.O. alors que le secteur privé se verra fixer un objectif de dépenses pour les activités non-M.C.O. (S.S.R. et psychiatrie).

Ces enveloppes et objectifs de dépenses sont fixés au niveau national par arrêté des ministres de la santé, de la sécurité sociale et du budget. Ensuite un autre arrêté fixera la répartition de ces enveloppes et objectifs entre les régions.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation est ensuite chargée de répartir l'enveloppe M.I.G.A.C. entre les établissements de santé et leur notifie le tarif des G.H.S.

En ce qui concerne l'objectif de dépenses M.C.O., il existe un dispositif de suivi infra annuel qui permet de contrôler l'évolution des dépenses en cours d'exercice. Si on constate une évolution des dépenses plus rapide que celle prévue de prendre les mesures d'ajustement adéquates afin de garantir le respect de l'objectif des dépenses.

### **2.2.2. - Des modalités de financement différentes pour les secteurs public et privé**

L'objectif de cette réforme est de réaliser une convergence entre les secteurs public et privé afin de créer une situation de concurrence où les deux secteurs disposeront des mêmes atouts, à savoir le même mode de financement et les mêmes tarifs. Ces différences se limitent ainsi principalement les tarifs des Groupes Homogènes de Séjours (G.H.S.) quand un Groupe Homogène de Séjours correspond à un Groupe Homogène de Malades.

#### **2.2.2.1 – Les tarifs des G.H.S. dans le secteur privé**

Le secteur privé était encore sous le régime de la facturation à l'acte médical. Tel acte vaut tel prix et chaque acte est facturé ensuite aux caisses d'assurances maladies qui opèrent le remboursement. C'est encore l'ancien système du prix de journée tel que décrit en introduction. Le G.H.S. est donc un « forfait tout compris ». Cependant, les honoraires des médecins sont facturés en sus, car ils ont conservé leur statut libéral. De plus, les forfaits techniques sont également facturés en sus.

La particularité du tarif des G.H.S. dans le secteur privé est qu'il s'agit d'un tarif affecté d'un coefficient correcteur M.C.O. qui se décompose en trois coefficients distincts :

- le coefficient de « haute technicité » qui octroie des tarifs en contre-partie de conditions particulières d’environnement se traduisant par des critères de mobilisation de ressources. Cette composante tu taux correcteur M.C.O. est ainsi destinée à financer les surcoûts liés à la mise en place des techniques spécifiques qui ont un coût ne pouvant entrer dans le cadre d’un G.H.S,
- le coefficient géographique qui prend en compte certaines spécificités liées à la localisation géographique de certains établissements, malgré la mise en place d’un tarif unique au niveau national. Ces spécificités peuvent être l’état de santé dégradé de la population d’une région donnée en relation avec le vieillissement par exemple, mais ces spécificités peuvent aussi peser sur les coûts de fonctionnement comme le coût du foncier, le coût de la vie...
- Enfin, le coefficient de transition destiner à permettre la gestion de la période de convergence des tarifs des G.H.S. propres aux établissements vers les tarifs nationaux. Il permet donc un lissage des effets de la réforme. Ce coefficient sera inférieur à 1 si les tarifs historiques de ces établissements sont supérieurs aux tarifs nationaux et supérieur à 1 dans le cas contraire.

La mise en place d’un tel dispositif crée la possibilité de basculer directement à 100 % dans ce système dès le 1<sup>er</sup> octobre 2004. Cependant, pour des raisons pratiques, cette date butoir a été repoussée au 1<sup>er</sup> mars 2005.

#### **2.2.2.2 – Les tarifs des G.H.S. dans le secteur public et P.S.P.H.**

Contrairement au secteur privé, la mise en place de la réforme dans le secteur public et P.S.P.H. ne se fera que progressivement par tranches de 10 %. Cette montée en charge progressive est due au fait que le tarif des G.H.S. n’est pas corrigée par un quelconque coefficient correcteur. Dans certains cas exceptionnels, un taux correcteur géographique pourra être envisagé.

La gestion de la transition se fait par le maintien d’une part, décroissante dans le temps, des ressources allouées forfaitairement. Cette part de financement est appelée « dotation annuelle de financement » (Cf. *supra*). Le maintien d’une telle fraction forfaitaire vise à garantir le maintien d’une année sur l’autre d’une fraction au moins égale à X % de celle de l’année précédente. La part de financement financée à l’activité doit croître

progressivement pour ainsi aboutir à 100 % à l'horizon 2014 où la « dotation annuelle de financement » doit disparaître.

### **2.2.3. – Les effets attendus de cette réforme**

Des effets positifs en termes d'incitations, et notamment d'incitation à l'innovation sont à prévoir. D'une part, les établissements de santé sont incités à réduire les coûts ; comme nous avons pu le voir lors de l'étude de la tarification à la pathologie (Cf. *supra*). Mais, pour réduire les coûts tout en maintenant un niveau de qualité suffisant, voire en l'améliorant, et en répondant à la demande de soins, l'hôpital doit améliorer sa productivité. Il ne peut le faire que de deux manières :

- modifier son organisation et introduire une « nouvelle gouvernance »,
- investir dans l'innovation.

Beaucoup pensent donc que « nouvelle gouvernance » et tarification à l'activité vont de pair. Mais aussi beaucoup attendent avec beaucoup d'appréhension la mise en place effective du système, notamment les médecins libéraux travaillant dans les cliniques privées anciennement sous Objectif Quantifié National (Cf. *infra*).

#### **2.2.3.1. – Incitations à l'effort de réduction des coûts tout en favorisant la qualité des soins**

Comme nous l'avons déjà vu précédemment, la tarification à l'activité fondée sur une classification en Groupes Homogènes de Malades présente l'avantage d'inciter à réduire les coûts. Le mécanisme est simple. L'établissement est rémunéré forfaitairement pour chaque séjour enregistré et transmis par les données du P.M.S.I. à la tutelle.

Si l'hôpital a utilisé moins de ressources que le tarif, alors il en retire un surplus qu'il peut conserver pour l'autofinancement de ses investissements par exemple. Cependant, si le coût du traitement du patient a été supérieur au forfait du G.H.S. alors l'hôpital perd la différence. Donc, il est évident que l'hôpital a tout intérêt à diminuer ses coûts de production des soins.

Seulement, l'agent peut avoir un comportement stratégique, que l'on a déjà évoqué, il peut diminuer le coût tout simplement en diminuant la qualité. Pour l'éviter, le système mis en place prévoit cinq modalités de financement et surtout trois formes de financement qui se combinent entre elles, une forme directement liée à l'activité, elle-même reliée à la

pathologie, une autre mixte sous forme de forfaits annuels et enfin une forme de dotation déconnectée du coût réel observé. Nous avons vu précédemment que le financement non relié au coût observé avait le potentiel incitatif à l'effort maximal.

La sélection des patients les moins onéreux et donc les cas les moins sévères dans une pathologie donnée est un comportement stratégique qui a pu être observé au cours de l'expérience américaine ou encore italienne<sup>30</sup>.

En effet, le système prévoit de prendre en compte des surcoûts liés à certains patients, à certains services, à certains traitements... Ainsi, pour les séjours considérés comme « extrêmes », au regard de la durée moyenne d'un G.H.S. donné, on précise des bornes haute et basse pour chaque G.H.S. Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse du G.H.S., alors on appliquera un coefficient de minoration de 0,50 au tarif. Si la durée du séjour est supérieure à la borne haute, alors l'établissement facture un G.H.S. majoré de chacune des journées supplémentaires à la borne haute affectée d'un coefficient de 0,75. Ce qui donne :

**Coût du séjour = forfait du G.H.S. + 0,75 x V x (durée de séjour totale – borne haute)**

Avec V = tarif du G.H.S. / Durée moyenne de séjour du G.H.S.

De même, l'activité de réanimation est réputée très coûteuse. Les établissements bénéficiant d'autorisations de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue facturent les séjours selon une double modalité : paiement du G.H.S. issu d'un G.H.M. auquel on ajoute un supplément journalier par jour de présence du patient en unité de réanimation ou de soins intensifs. Mais, on peut noter tout de même que ce supplément journalier n'a pas vocation à financer la totalité de ce surcoût.

Tout ceci est valable pour tous les G.H.S. issus d'un G.H.M. Mais comment l'hôpital va-t-il pouvoir facturer si on est en présence d'un G.H.S. qui ne correspond pas à un G.H.M. ou même si le séjour n'est décrit par aucun G.H.S. ?

Rentrent dans le premier cas de figure :

---

<sup>30</sup> TEDESCHI P., Mise en œuvre de la T2A en Italie...un parcours de joies et de douleurs !, Université BOCCONI, MILAN, Italie, Présentation du cas italien au colloque « T2A : Expériences européennes », Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) et la Mission Tarification à l'activité, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 10 et 11 février 2005.



- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique qui correspond à des G.H.S. fondés non pas sur des G.H.M. mais sur des « forfaits séances ». Ces forfaits de séances de dialyse sont facturés en sus d'un G.H.S. issu d'un G.H.M.,
- l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) dont le financement est composé de cinq prestations non cumulables avec le tarif d'un G.H.S. issu d'un G.H.M. sauf si des complications surviennent à la suite de l'I.V.G.,
- les soins palliatifs. C'est une nouveauté de la version 9 de la classification en G.H.M., elle prévoit un G.H.M. « *Soins palliatifs* ». Ce G.H.M. correspond à deux G.H.S., un G.H.S. dit « de base » et un autre « majoré ». Si un hôpital possède des lits identifiés de soins palliatifs, alors il pourra facturer un G.H.S. « majoré ».

Par ailleurs, du fait de l'existence de charges fixes importantes, certaines activités ne peuvent pas être rémunérées sur la seule base de tarifs de prestations. Dans ce cas, on peut financer ces activités sous la forme de forfaits annuels. La liste des activités concernées par cette modalité de financement sont fixées par décret. Les deux types d'activités concernées par cette modalité sont :

- l'accueil et les soins en urgences
- l'activité de prélèvements d'organes.

Enfin, pour s'assurer que certaines missions d'intérêt général soient remplies malgré le fait que comme n'étant pas vitales pour l'établissement de santé, celui-ci pourrait être tenté purement et simplement de ne pas les remplir.

Pour remédier à ce problème, l'enveloppe O.N.D.A.M. a été découpée de manière à obtenir un objectif de dépenses pour les activités M.C.O. que nous avons décrites précédemment, et une enveloppe M.I.G.A.C., construite pour ne pas être dépassée et ainsi permettre de limiter les dépenses sans pour autant diminuer les activités relevant de ces domaines.

M.I.G. signifie « Missions d'Intérêt Général » et comprennent majoritairement les activités d'enseignement, de recherche, d'innovation et de recours assurées principalement par les Centres Hospitaliers Universitaires (C.H.U.), les grands Centres Hospitaliers, quelques hôpitaux privés participant au service public hospitaliers, les Centres de Lutte Contre le Cancer et enfin quelques cliniques privées. Auparavant, les C.H.U. obtenaient un abattement de charges de 13 % pour assurer cette mission. L'enveloppe M.I.G.A.C. qui lui est consacrée

est généralisée à tous les types d'établissements et est modulée par établissement en fonction d'indicateurs de mesure des surcoûts liés à ces quatre missions. Entreront dans les M.I.G., les activités non-M.C.O. mais pourtant liées aux soins M.C.O. comme le SAMU, le Centre 15, les Centres Antipoison... Par ailleurs, la liste des activités financées par l'enveloppe M.I.G. n'est pas figée et tendra à s'allonger au fur et à mesure que le système sera généralisé aux activités non-M.C.O. comme les S.S.R. et la psychiatrie.

Les autres ressources constitutives de l'enveloppe M.I.G.A.C. sont les Aides à la Contractualisation (A.C.). En effet, au travers du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale (S.R.O.S.), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation confie certaines missions spécifiques à certains établissements de santé et des moyens sont alloués pour cela par l'enveloppe M.I.G.A.C. Elle peut couvrir certaines missions sociales particulières, elle peut consister en une aide à la modernisation...la liste n'étant pas exhaustive.

### **2.2.3.2 – Incitations à l'innovation**

Selon PERRIER L.<sup>31</sup>, la principale lacune du système antérieur à la T2A résidait dans l'absence de financement de l'innovation et notamment des molécules onéreuses de chimiothérapie et les dispositifs médicaux implantables. Nous avons déjà précisé en introduction, le retard que la France a en ce domaine. En effet, les hôpitaux n'avaient pas intérêt à innover car en utilisant des molécules coûteuses ils augmentent leur coût de traitement et leur point I.S.A. théorique serait devenu supérieur au point I.S.A. régional et se serait vu sanctionné (Cf. *supra*).

Un premier système a alors été mis en place pour tenter de remédier à ce problème. On attribue des points I.S.A. supplémentaires lors de l'usage de ces traitements onéreux. Selon cet auteur, le financement de l'innovation avec des points I.S.A. présentent de nombreux inconvénients en termes d'incitations.

En effet, si le point I.S.A. de l'hôpital est supérieur au point I.S.A. régional cette mesure permet de limiter la sur-dotation et donc les éventuelles sanctions financières. Mais si le point I.S.A. de l'hôpital est inférieur au point I.S.A. régional, les points I.S.A. supplémentaires correspondent à de la « fausse monnaie »<sup>32</sup>, car il n'y a pas de dotation supplémentaire.

---

<sup>31</sup> PERRIER L., entretien oral, 4 mai 2005.

<sup>32</sup> PERRIER L., 2001 : p. 26.

Ainsi, pour remédier à ce problème crucial répondant à un enjeu de santé publique majeur, le nouveau système de la tarification à l'activité prévoit des paiements en sus. En effet, afin d'assurer un meilleur accès des patients aux innovations thérapeutiques, certaines spécialités thérapeutiques et certaines prestations comme les dispositifs médicaux implantables (D.M.I.) bénéficient d'une prise en charge par les organismes d'assurance maladie en sus des tarifs des prestations. Ce système permet de répondre aux interrogations concernant le financement de l'innovation par des points I.S.A. En effet, plus besoin de savoir convertir les points I.S.A. en euros car les molécules et prestations innovantes sont directement financées en euros, ni de savoir quand une molécule est considérée comme onéreuse car la liste des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables sera fixée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale<sup>33</sup>. Il faut savoir que cette liste sera mise à jour régulièrement pour pouvoir prendre en compte l'évolution technologique et pharmaceutique. Cette mise à jour est réalisée au sein du ministère de la santé avec le concours de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière qui va jouer un rôle crucial dans la réforme. En effet cette agence va constituer l'appui technique et scientifique de cette réforme. C'est elle qui va mettre en place les nouvelles classifications en G.H.M., le nouveau codage C.C.A.M. tarifant qui vient compléter le dispositif de la T2A, et pour résumé c'est elle qui va influencer le système P.M.S.I. qui constitue la base du nouveau système et qui n'est plus un élément de correction.

Les incitations à l'innovation sont donc importantes car les établissements de santé recevront le financement lié à l'usage de telles prestations. Cependant, toujours dans un objectif de réduction des dépenses, un système a été mis en place pour réguler la dépense. Comme nous l'avons vu, les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs des G.H.S. sont inscrits sur une liste fixée par arrêté ministériel. Mais il conviendra de fixer un prix de vente plafond de ces molécules par négociation avec les industries pharmaceutiques. Cependant, pour plus de flexibilité, certains médicaments pourront faire l'objet d'une inscription provisoire sur la liste du moment où ils ont obtenu une autorisation de mise sur le marché (A.M.M.). Après un délai de 12 mois, soit le médicament est maintenu dans la liste et se voit attribuer un prix plafond, soit il est sorti de la liste et sa consommation sera couverte par le tarif du G.H.S.

---

<sup>33</sup> Cf. *supra*

De plus, au niveau micro-économique, ces médicaments sont remboursés par les organismes d'assurance maladie à hauteur d'un prix de responsabilité qui équivaut au prix de vente plafond fixé au niveau national. Ce dispositif vise essentiellement à inciter au « bon usage du médicament » et des dispositifs médicaux. Le remboursement intégral de la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la signature d'un contrat de bon usage entre l'établissement de santé et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Les établissements qui n'ont pas adhéré à un tel contrat avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005 ne seront remboursés qu'à hauteur de 70 % sans que la différence entre le prix remboursable et le prix remboursé soit à la charge du patient. Et en cas de non-respect total ou partiel des engagements relevant de ces contrats, l'A.R.H. mettra en demeure l'établissement et pourra demander aux caisses d'assurance maladie de réduire le remboursement jusqu'à 30 %.

L'A.R.H. joue donc ici pleinement son rôle de superviseur et peut le jouer dans d'autres circonstances.

### **2.2.3.3 – Contrôles et sanctions**

Ce système permet un financement des établissements de santé en rapport avec leur niveau d'activité. Ainsi, la tutelle a l'obligation de pouvoir évaluer efficacement l'activité hospitalière nationale afin de pouvoir prévoir le montant de l'enveloppe O.N.D.A.M.. L'outil nécessaire à cette connaissance existait déjà avec l'ancien système de Dotation Globale de Fonctionnement, le Programme de Médicalisation du Système d'Information (P.M.S.I.)<sup>34</sup>. Cet outil a été étudié précédemment et nous ne reviendrons pas sur son mode de fonctionnement qui demeure inchangé. Seulement, deux adaptations ont dû être prévues pour la mise en place de la T2A.

D'une part, le codage issu de la Classification Commune des Actes Médicaux (C.C.A.M.) a dû être modifié pour devenir tarifant. En effet, cette classification servira d'une part à évaluer les coûts de chaque acte médical mais aussi à leur attribuer un tarif applicable devant servir de base aux tarifs de G.H.S. D'ailleurs, ces tarifs sont élaborés en fonction de l'échelle nationale des coûts décrite en première partie et prennent en compte les études d'écart de coûts observés pour trente activités par une équipe basée au C.H.U. d'ANGERS,

---

<sup>34</sup> Cf. *supra*.

le Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière issu de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

D'autre part, pour pouvoir fonctionner, le remboursement à l'activité doit se faire le plus rapidement possible, ainsi l'information hospitalière doit également être transmise en temps réel. Pour cela, le système *e*-PMSI a été créé. Le traitement de l'information est informatisé et immédiatement transmis aux caisses d'assurance maladie.

Tout est ainsi fait pour que la tutelle dispose d'une information complète et précise sur l'activité des établissements de santé français. Néanmoins, pour l'agent, le fait de fournir de l'information peut être perçu comme une perte de liberté et un contrôle excessif de la part de la tutelle. L'agent (hôpital) peut donc négliger de fournir correctement toute l'information dont il dispose. Dans la mesure, où la transmission de l'information conditionne le remboursement et donc le financement, ce type de problème ne devrait pas être trop récurrent. Cependant, les hôpitaux pourraient être tentés de facturer des séjours supplémentaires en vue d'augmenter leur remboursement. Mais ils pourraient également commettre des erreurs de codage en toute bonne foi.

Pour éviter ces problèmes, un système de contrôle a été mis en place pour éviter les erreurs de codage des données P.M.S.I. susceptibles d'induire un paiement injustifié et pour s'assurer que les établissements se conforment bien à leurs obligations de produire de l'information médicalisée de qualité. Ce système de contrôle est associé à des sanctions.

Le contrôle est double :

- un contrôle automatisé, destiné à alléger le travail de l'A.R.H., qui pèse sur tous les établissements de santé de la région. Ce contrôle reste superficiel. Ce contrôle repose sur des utilitaires informatiques. Le premier exploite les Résumés de Sortie Anonymisés (R.S.A.) du P.M.S.I., le DatIM conçu comme un outil de ciblage visant à orienter la tutelle vers les établissements à contrôler en priorité. Le second exploitant les données de liquidation afin de dépister des « atypies de facturation », cet outil sera développé par l'assurance maladie,
- un contrôle approfondi qui repose sur des modalités plus classiques. Les établissements dépistés lors du contrôle automatisé et quelques établissements tirés au sort dans la région sont contrôlés sur place. Le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au R.S.A. produit par l'établissement pour un même séjour. Ce contrôle est effectué sur un échantillon de dossiers tirés au sort. Dans la

logique de la T2A, le critère de jugement portera sur une différence de groupage dans un G.H.M. entre le Résumé de Sortie Standardisé du contrôleur et celui de l'établissement ayant entraîné une surfacturation. De plus, l'organisation même de la production d'information ainsi que le respect du champ du P.M.S.I. pourront faire l'objet d'un contrôle approfondi.

Si une erreur entraînant un changement de G.H.M. provoquant une surfacturation est constatée, alors la sanction prévue sera une récupération de l'indu. Mais si cette erreur est préjudiciable à l'assurance maladie, l'établissement fautif se verra appliquer des pénalités financières. De plus, dans le cadre de la contractualisation entre les A.R.H. et les établissements, sur la base des Contrats d'Objectifs et de Moyens, les établissements sont contraintes d'assurer un certain niveau de qualité de l'information hospitalière défini par le contrat. Une annexe au contrat d'objectifs et de moyens fixe les modalités du contrôle et les sanctions éventuelles qui vont de la mise en garde, la mise en demeure jusqu'à la pénalité financière.

Si l'objectif principal de cette réforme était de réduire les dépenses tout en maintenant un niveau de qualité optimal et d'inciter à l'innovation, la mise en place de la Tarification à l'Activité avait également pour but de créer une concurrence entre les établissements de santé et notamment entre les secteurs public et privés par la mise en place d'un mode de financement commun. Dans un premier temps, le secteur privé plus performant, possédant un mode de financement à l'acte médical réclamait vivement la mise en place d'une tarification à l'Activité. Cependant, cette nouvelle réforme inquiète ce secteur et notamment la médecine libérale.

### **2.3 – Concurrence et convergence entre secteurs public et privé**

Les méthodes et le statut des personnels sont différents entre secteurs public et privé à but lucratif. Le secteur privé est considéré comme étant plus performant que le secteur public. En effet, il prend en charge une grande partie de la demande de soins, ceci est particulièrement marqué pour les soins de suite et de réadaptation (S.S.R.), tout en coûtant bien moins cher que le secteur public hospitalier. Cependant, la mise en place de la T2A,

autrefois ardemment souhaitée, inquiète. L'issue de ce problème se situerait dans le degré de coopération entre le médecin et le gestionnaire de la clinique<sup>35</sup>.

### **2.3.1 – Forces du secteur privé lucratif et faiblesses du secteur public**

#### **2.3.1.1. – Des différences de coûts marquées dues à des facteurs qualitatifs, structurels et organisationnels**

L'hospitalisation à but lucratif est considérée comme étant plus moderne, plus efficace que le service public hospitalier. Le manque de moyens est souvent jugé responsable des problèmes rencontrés par l'hospitalisation publique. La réponse gouvernementale à ce manque de moyens est une rallonge budgétaire de 10 milliards d'euros d'ici 2007. Mais beaucoup s'interrogent. L'hospitalisation privée à prestations égales coûte moins chère. Ainsi, la solution ne serait-elle pas de s'inspirer des méthodes du privé ?

Julie JOLY dans un article paru dans « L'Express » ; le 25 septembre 2003, donne l'exemple de l'hôpital privé d'Antony, en région parisienne<sup>36</sup>. Il s'agit de l'établissement privé le plus important du pays avec 386 lits, 230 médecins, 740 salariés, 27 salles d'opération et un service d'urgences. Cet établissement appartient au groupe La Générale de Santé qui a déboursé 84 millions d'€ pour sa construction en 2002. La différence avec la gestion des hôpitaux publics peut s'expliquer par le fait que selon Daniel BOUR, Président Directeur Général de La Générale de Santé, les directeurs de leurs établissements sont formés « comme de véritables chefs d'entreprise ».

Jean de KERVASDOUÉ, titulaire de la chaire d'économie de la santé au Centre National des Arts et Métiers (C.N.A.M.), va plus loin, dans son ouvrage, La Santé intouchable, il affirme même qu'à « pathologie égale, le privé coûte en moyenne 30 % moins cher à la Sécu que le public ». Pour citer un ordre de grandeur, en 2003, l'hospitalisation privée à but lucratif représentait le tiers des hospitalisations, 65 % de l'activité chirurgie et 80 % des actes d'optique et d'obstétrique<sup>37</sup>. Néanmoins, elle ne représente que 20 % du budget public hospitalier global.

---

<sup>35</sup> Cf. *infra*.

<sup>36</sup> JOLY J., *Les bonnes recettes du privé*, in L'Express du 25 septembre 2003.

<sup>37</sup> JOLY J., *Les bonnes recettes du privé*, in L'Express du 25 septembre 2003.

Cette meilleure performance peut s'expliquer par d'une part le mode de financement employé mais aussi par une gestion plus efficace fondée plus souvent que dans le public sur la comptabilité analytique.

En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, les cliniques privées, depuis 1991, étaient financées à l'acte alors que dans le même temps, les établissements publics et P.S.P.H. étaient financés par dotation globale. Donc à l'encadrement strict des dépenses dans le privé répond donc le budget non borné. Les cliniques sont rémunérées à l'acte par les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les patients (dans le cas où ils n'ont pas souscrit de complémentaire santé). « Mais le prix de journée, les quotas d'actes et de lits sont fixés par l'Etat »<sup>38</sup>. Ceci a donc pour effet de fragiliser les comptes des cliniques privées et les plus faibles sont contraintes à la fermeture ou le plus souvent à la restructuration.

Selon Etienne MINVIELLE, du Centre de Recherche en Économie et en Gestion Appliquée à la Santé (G.R.E.G.A.S.), cité par Julie JOLY, « de véritables gestionnaires prennent la direction des cliniques et hôpitaux privés »<sup>39</sup>. Pour citer un exemple d'économie réalisée, l'hôpital privé de l'Essonne à Évry emploie 1,3 salariés par lit contre 10 en moyenne dans le secteur public.

D'autre part chaque échelon organisationnel est comptable de sa gestion : « contrairement à l'hôpital public, ici, chaque chef de service est maître de son budget, et ne se prive pas de le gérer » [VALLENCIEN G.]<sup>40</sup>. Tous les acteurs sont ainsi responsabilisés devant la dépense et ont une autonomie de gestion qui attirent de plus en plus de médecins spécialistes vers le secteur privé.

On mentionne des écarts de coûts entre établissements publics et P.S.P.H. et établissements privés à but lucratif mais des écarts existent entre hôpitaux publics eux-mêmes. Selon le Haut conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, ces écarts seraient dus à une connaissance insuffisante des coûts par tous les acteurs de l'hôpital public. Selon cette autorité, les données du P.M.S.I. sont techniques et doivent être adaptées pour pouvoir être compréhensibles par l'ensemble du personnel hospitalier

Le Haut Conseil constate que l'on peut avancer de nombreuses justifications à la très forte disparité du coût des soins. Le P.M.S.I. peut bien sûr être incriminé mais ces

---

<sup>38</sup> JOLY J., *Les bonnes recettes du privé*, in L'Express du 25 septembre 2003.

<sup>39</sup> JOLY J., *Les bonnes recettes du privé*, in L'Express du 25 septembre 2003.

<sup>40</sup> JOLY J., *Les bonnes recettes du privé*, in L'Express du 25 septembre 2003.



justifications demeurent principalement du domaine du qualitatif. L'Autorité pointe du doigt des « insuffisances criantes » du suivi de gestion de l'activité hospitalière et de la connaissance qu'ont les établissements des éléments qui composent leurs propres coûts de production des soins. Ceci peut s'expliquer, selon le Haut Conseil, par le fait que jusqu'à présent aucune des règles de fixation des budgets, ni les formes de responsabilisation et d'exercice de l'autorité au sein des établissements de santé publics n'ont créé les incitations nécessaires au développement d'outils comme les tableaux de bord, le contrôle de gestion ou encore la comptabilité analytique. Bien peu de structures publiques disposent d'une comptabilité analytique d'exploitation alors qu'une obligation en est faite par un décret publié il y a déjà douze ans de cela et inclus dans le Code de la Santé Publique. Un groupe d'études, le Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique du C.H.U. d'ANGERS procède à un recensement anonyme des données analytiques de 100 établissements volontaires et parvient tout de même à observer des écarts de coûts importants entre les hôpitaux. La Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (M.E.A.H.) insiste sur la nécessité de la mise en place de tels outils de suivi de gestion (Cf. *infra*). L'utilisation effective de tels instruments entre dans le cadre de la qualité du travail hospitalier et devrait donc entrer dans l'évaluation opérée lors de l'accréditation d'un établissement de santé par l'Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé (A.N.A.E.S.).

Cependant, cette opacité dans la formation des coûts dans le secteur public est particulièrement marquée lorsque l'on cherche à établir une comparaison entre les coûts du secteur public et du secteur privé. Il faut bien reconnaître que la comparaison est d'abord rendue délicate du fait de raisons techniques : les instruments de mesure induisent des distorsions importantes, le point I.S.A. ne se mesure pas du tout de la même manière dans le secteur public et dans le secteur privé. Il y a aussi de grandes différences structurelles entre les deux secteurs : statut des employés et de la structure, spécialisation plus ou moins marquée, niveau de rémunération des agents, modes de gestion... Autant de disparités qui viennent brouiller la comparaison. Il est donc difficilement concevable d'utiliser l'idée selon laquelle le secteur privé serait 30 à 40 % moins cher que le secteur public hospitalier. Mais le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie estime également que cette comparaison est néanmoins possible et avant tout nécessaire pour accompagner la réforme du mode de financement qui vise à harmoniser les systèmes de tarification entre les deux secteurs. Afin d'obtenir des résultats fiables, il conviendrait donc de réaliser des études ponctuelles sur des

échantillons d'établissements publics et privés présentant des profils identiques afin de développer une échelle de coûts commune par exemple<sup>41</sup>.

Néanmoins, la situation du secteur privé, si elle peut enviable en apparence, n'est pas nécessairement idyllique. Ce secteur doit faire face à de nombreuses restructurations, de nombreux lits doivent être fermés et même certaines cliniques doivent « mettre la clef sous la porte ».

### **2.3.1.2. – Des situations économiques et financières différentes**

En termes de santé financière, la situation des deux secteurs sont véritablement différentes. Dans une étude parue en juillet 2005, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques a étudié la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003. L'évolution est largement positive. Les 709 cliniques privées présentes dans l'échantillon en 2002 et en 2003 ont vu leur chiffre d'affaires croître mais dans des proportions différentes : 50 % ont connu une croissance de plus de 6,6 %, 25 % dépassent les 11 % de hausse et 10 % les 18,6 %. D'ailleurs, cette croissance est essentiellement due à la croissance du secteur M.C.O. qui contribue à hauteur de 80 % de la croissance annuelle. Le secteur hors M.C.O. croît tout de même à un rythme de 7,5 % par an en 2002 et en 2003, ce qui est tout de même très positif. Dont les soins de suite et de réadaptation représentent 74,4 % de l'activité. Cette hausse du chiffre d'affaires est due en partie à la croissance de l'activité mais peut être davantage encore par des revalorisations des tarifs intervenues successivement au cours de l'année 2003 par négociations entre l'Etat et les organisations représentatives de l'hospitalisation privée, la culture de la négociation étant également une autre grande force du secteur privé, mais nous y reviendrons ultérieurement. On peut avoir un indice de l'efficacité du secteur privé en observant le chiffre d'affaires réalisé par lit et place. En 2003, celui-ci s'établissait en moyenne à 92 500 € contre 85 300 € en 2002, soit une progression de 8,5 % en un an!<sup>42</sup>. Cette situation positive se double d'une hausse de la rentabilité économique des cliniques, cependant celle-ci reste limitée du fait d'une certaine stabilité du compte de résultat. Mais on peut noter que la rentabilité a été plus forte et plus dynamique en 2003 dans les petites cliniques avec un taux de rentabilité supérieur à 1,9 % en moyenne (soit supérieur de 0,1 % par rapport à 2002). D'ailleurs, les polycliniques et

---

<sup>41</sup> Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Avis du 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers.

<sup>42</sup> Source D.R.E.E.S.

cliniques privées du secteur M.C.O. connaissent également une amélioration de leur rentabilité économique avec une augmentation de 0,3 points par rapport à 2002 et se situant à 0,6 %. Le taux de rentabilité connaît cependant une grande variabilité en fonction de la taille et de la catégorie des établissements privés. On assiste même à une baisse de ce taux dans le secteur non-M.C.O. Enfin, l'année 2003 a vu une nette augmentation des investissements et particulièrement dans le secteur M.C.O. En effet, les cliniques privées sous O.Q.N. possèdent une capacité d'autofinancement de 3,4 % du chiffre d'affaires en 2003 (contre 3,9 % en 2002). Cette diminution s'explique par les investissements intervenus en 2002 et qui ont conduit à une augmentation des immobilisations corporelles brutes de 4,7 % entre 2001 et 2003, mais a très peu évolué dans les petites cliniques.

Enfin, la situation financière des cliniques privées sous Objectif Quantifié National reste stable. La rentabilité financière est mesurée de la manière suivante :

$$\text{Rentabilité financière} = \text{résultat net} / \text{capitaux propres}$$

Cette rentabilité financière indique l'attractivité du secteur en termes d'actionariat. Cette rentabilité financière est quasi-stable dans les cliniques privées entre 2002 et 2003 passant de 6,1 % à 6,2 %.

Une situation qui contraste grandement avec celle des hôpitaux publics. La Fédération Hospitalière de France (F.H.F.) s'inquiète d'ailleurs de la mise en place du nouveau système de financement des hôpitaux publics et privés. Mais dans un article paru dans « Le Monde » du 22 octobre 2004, la F.H.F. semble s'inquiéter plus encore de la fragilisation financière des hôpitaux publics<sup>43</sup>. Selon Claude ÉVIN, ancien ministre de la santé et ancien président de la F.H.F., « le manque à gagner auquel devront faire face les hôpitaux publics s'élèvera à 800 millions d'euros » d'ici la fin 2005. Le délégué général de la F.H.F., Gérard VINCENT, a, quant à lui, estimé que "compte-tenu des insuffisances de financement actuels, la seule variable d'ajustement, pour tenir un budget, c'est le personnel". Et Claude EVIN de rajouter « Est-ce qu'il faudra contracter les effectifs ? ».

Par ailleurs, le 7 avril 2005, la Fédération Hospitalière de France a adressé un courrier au Parlement français pour lui faire part de son inquiétude concernant la situation

---

<sup>43</sup> *La Fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels*, in "Le Monde" du 22 octobre 2004.

préoccupante des hôpitaux publics qui selon elle traversent une « crise d'une ampleur inédite »<sup>44</sup>. Cette situation serait due aux effets négatifs conjoints du sous-financement, en effet les dépenses autorisées n'augmentent que de 3,6 % en 2005, et aux difficultés de mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité du fait de retards successifs dans l'édiction des règles budgétaires et des grilles tarifaires qui ne sont parues que courant 2005<sup>45</sup>.

### **2.3.2. – L'avenir de l'hospitalisation publique passe par une prise en compte des « recettes du privé »**

La prise en compte des recettes du privé passe d'abord par une prise de conscience des difficultés et des errements organisationnels du secteur public hospitalier, les orientations de la Fédération Hospitalière de France semblent aller dans ce sens. Beaucoup s'accordent à dire que pour maintenir un certain niveau de qualité, il faut que la réforme de la T2A s'accompagne d'une nouvelle gouvernance. Mais avant tout, il semblerait urgent que le secteur public s'arme d'outils de suivi de gestion efficaces dont notamment une comptabilité analytique d'exploitation.

#### **2.3.2.1. – La nouvelle gouvernance à l'hôpital**

L'alinéa 8 de l'article 73 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit habilite le gouvernement « à réformer les règles de fonctionnement des établissements publics de santé, les règles et les modes d'organisation budgétaires et comptables ainsi que les règles de gestion des établissements de santé, adapter et aménager les compétences des agences régionales de l'hospitalisation en ces matières et réformer les règles de gestion des directeurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ».

Elle fonde ainsi les bases des travaux de la Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitalier (M.E.A.H.) destinée à élaborer un nouveau schéma de gouvernance à l'hôpital. La modernisation de la gouvernance hospitalière s'articule autour de trois grands axes :

---

<sup>44</sup> Lettre aux parlementaires sur la situation préoccupante des hôpitaux publics : sous-financement et difficultés de mise en œuvre de la T2A, Fédération Hospitalière de France, 7 avril 2005.

<sup>45</sup> Circulaire N° DHOS-F2/DSS-1A/2005/N° 356 du 26 juillet 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

Circulaire N° DHOS/F3/F1/2005/103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

- une nouvelle organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital,
- la simplification de l'organisation interne,
- et enfin la rénovation de la gestion des hommes et des procédures de nomination.

L'hôpital public connaît un problème organisationnel grave avec une dilution des responsabilités telle qu'il est souvent très difficile de déterminer avec précision qui dirige qui et quoi. Avit présenté ses orientations qui ont été traduites juridiquement dans l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 qui prévoit donc de revoir l'organisation de toutes les instances stratégiques et décisionnelles, avec en premier lieu les conseils d'administration, dont la composition sera modifiée. Son action sera recentrée sur la définition des stratégies et un pouvoir de contrôle<sup>46</sup>. De plus, la question de la présidence du conseil d'administration confiée de droit au maire de la commune pose problème car les établissements publics hospitaliers peuvent avoir une circonscription qui dépasse le territoire de la commune.

De plus, le nouvel article L. 6143-6-1 du Code de la Santé Publique prévoit la création d'une nouvelle entité, le Conseil exécutif qui aura une nature mixte, à la fois administrative et médicale et qui aura pour objectif de réconcilier les logiques différentes qui s'expriment à l'hôpital. Ce conseil préparera toutes les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et des projets pluriannuels.

De plus de nouveaux pouvoirs sont attribués au directeur de l'A.R.H. pour veiller à éviter les dérives et que les établissements ne mettent pas en place les mesures de gestion nécessaires. Le directeur d'A.R.H. disposera désormais d'un pouvoir d'injonction et d'un pouvoir de suspension conditionné à l'usage préalable du pouvoir d'injonction : il pourrait aller jusqu'à suspendre les pouvoirs du conseil d'administration si des manquements importants étaient constatés.

Concernant les instances consultatives, les missions de la commission médicale d'établissement seront recentrées sur la définition de la stratégie médicale et de la politique de la formation médicale continue et d'évaluation. De plus, l'ensemble des comités internes de l'établissement devraient voir leur organisations et leurs missions revues.

Du point de vue de la simplification de l'organisation interne de l'hôpital devrait s'articuler autour d'une idée maîtresse, le principe de liberté d'organisation. L'hôpital doit

---

<sup>46</sup> Article L. 6143-1 du Code de la Santé publique.

rester libre de décider du mode d'organisation le plus adapté à sa situation. L'ordonnance du 2 mai 2005 prévoit ainsi la création de « pôles d'activités » qui obéissent à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion<sup>47</sup>. Les pôles regroupent des secteurs ayant des activités communes ou complémentaires. Les chefs de pôles seraient à la fois médecins et gestionnaires et disposeraient de pouvoirs importants et il faudra ainsi favoriser l'outil contractuel. En effet, les contrats conclus entre le chef de pôle et le Conseil exécutif devront comporter une véritable délégation de gestion.

Les statuts des médecins hospitaliers devraient être simplifiés par voie réglementaire avec à terme seulement deux statuts : un statut de médecin titulaire et un statut de contractuel, ce qui assouplirait grandement la gestion du personnel. De plus, la fonction de directeur d'établissements devrait être revalorisée et sa gestion sera modernisée selon trois axes majeurs :

- la création d'un centre national de gestion pour assumer les tâches de gestion opérationnelle des carrières des directeurs avec une publication des postes en temps réel en fonction des besoins et non plus à dates fixes,
- La création d'un groupe *ad hoc* de 200 à 300 personnes destiné à alimenter les postes de chefs d'établissements des 200 plus grands hôpitaux de France,
- Une nouvelle procédure d'évaluation et de nomination des directeurs, qui seraient directement nommés par le conseil d'administration, est envisagée avec une profonde transformation de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P.).

Modifier la gouvernance est une étape essentielle pour parvenir à des taux de rentabilité comparables au secteur privé. Il serait néanmoins essentiel de lui adjoindre la mise en place de techniques comptables fiables fondées sur la comptabilité analytique d'exploitation.

### **2.3.2.2 – La mise en place de la comptabilité analytique dans le secteur public**

À partir du système P.M.S.I., la M.E.A.H. souhaite que les établissements de santé, publics comme privés, mettent en place au moins des outils de comptabilité analytique pour permettre la réflexion sur les efforts de réduction des coûts. Pour pouvoir réduire les coûts, il faut en connaître la nature et la structure. Ces outils sont essentiellement :

---

<sup>47</sup> Article L. 6146-1 du Code de la Santé publique.

- Le calcul des coûts des séjours et des G.H.M. qui permet de procéder à des comparaisons entre les établissements sur les pratiques médicales relatives à certaines pathologies. Cet outil exige des hôpitaux qu'ils soient capables de référer de nombreuses informations au patient et qu'ils puissent fournir le même travail que les 40 établissements de l'Échelle Nationale des Coûts : dans le cadre de la T2A, le coût d'un G.H.S. issu d'un G.H.M. pourra directement être comparé à son tarif,
- Le « tableau coût case-mix » (T.C.C.M.) compare le coût de l'établissement à celui de l'hôpital fictif produisant le même case-mix mais avec les coûts moyens fournis par l'Échelle Nationale des Coûts (E.N.C.). Cette comparaison peut être effectuée globalement ou selon toutes les composantes du coût d'un G.H.M. de la base nationale de coûts publiés par la D.H.O.S.,
- Des calculs de coûts par activité, dans le cadre de la base d'ANGERS qui comporte près de 100 établissements, publics surtout mais également privés, qui permet des comparaisons de coûts d'unités d'œuvre par rapport à des moyennes.

Lors de l'étude de 15 établissements publics et privés, la M.E.A.H. a pu dresser un bilan contrasté de l'utilisation de tels outils<sup>48</sup>. La mission note que les établissements publics et P.S.P.H. sont généralement bien dotés en outils de comptabilité et qu'ils suivent tous les principes du guide méthodologique de comptabilité hospitalière, 70 % d'entre eux établissent le T.C.C.M., 80 % calculent des coûts par activité et 60 % participent à la base d'ANGERS. Cependant, si ils possèdent les outils, ils ne s'en servent que très peu. Sur les sept établissements déclarant élaborer un T.C.C.M., seulement cinq déclarent en interpréter les résultats et un seul passe à l'étape de la formalisation...

### **2.3.3. – Les implications économiques de la mise en place de la T2A dans l'Hospitalisation privée**

Même si la situation économique et financière du secteur hospitalier privé lucratif peut paraître tout à fait enviable, et malgré les vives suppliques de ce secteur pour obtenir un mode de financement harmonisé entre public et privé sur la base du niveau d'activité, ce secteur est de plus en plus réticent à la mise en place de la T2A. Ces inquiétudes se sont exprimées au

---

<sup>48</sup> ENGEL F., BEAU E., Mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux et cliniques, Rapport de synthèse de la première phase (octobre 2003 – mars 2004), ministère de la Santé et de la Protection sociale, Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 20 mars 2004.

cours d'un colloque national sur la T2A organisé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France le 16 juin 2004. Il faut néanmoins noter que l'inquiétude était accentuée par l'absence de parution des circulaires tarifaires pour le secteur public et P.S.P.H. et pour le secteur privé.

Nous allons articuler notre propos essentiellement autour de la présentation de Benoît DERVAUX du Centre de Recherches Économiques, Sociologiques et de Gestion (CRESGE) rattaché à l'Université Catholique de LILLE. En effet, cet auteur est venu présenter l'analyse économique des implications de la mise en place de la Tarification à l'Activité dans l'Hospitalisation privée en France. Son argumentation se décompose en deux parties :

- analyse de l'impact du passage à la T2A sur le mode de coordination entre médecins et gestionnaires d'établissements dans les deux secteurs (public et privé),
- étude théorique de l'impact de cette réforme sur la concurrence entre les deux secteurs.

#### **2.3.3.1 - L'impact du passage à la T2A sur le mode de coordination entre médecins et gestionnaires d'établissements dans les deux secteurs**

La particularité de son travail est de ne pas se focaliser sur les différentes questions suscitées par la tarification à la pathologie mais de s'être plutôt posé la question de savoir comment un tel système peut influencer sur la façon dont les médecins et les cliniques coordonnent leur activité dans le cadre du suivi d'un patient lors d'un séjour.

Il fonde son analyse sur une formalisation inspirée par celle utilisée par CUSTER *et al.* et par DOR et WATSON en l'adaptant au mode de financement français :

- 2 x 2 agents : clinique privée et hôpital public composés chacun d'un médecin et d'un gestionnaire qui coordonnent leurs activités pour traiter une population homogène de patients,
- 2 x 2 variables de décision : les médecins (du privé et du public) décident de leur niveau d'effort ; les gestionnaires décident du niveau des ressources mises à disposition,
- 2 x 2 objectifs économiques : le médecin et la clinique privée maximisent leur profit, le médecin et l'hôpital public maximisent leur utilité. La satisfaction du patient est prise en compte par chacun des acteurs dans sa fonction objectif,



- 2 types de financement : **avant la réforme T2A**, paiement à l'acte pour le médecin en clinique privée, forfait technique et paiement à la journée pour la clinique et D.G.F. pour l'hôpital public ; **après la réforme T2A**, paiement à l'acte pour le médecin en clinique privée, forfait G.H.S. pour la clinique et l'hôpital.

L'auteur a opéré deux parti-pris préalables. D'une part, il considère que le passage à la T2A maintient les niveaux de paiement antérieurs pour se concentrer uniquement sur les changements provoqués par le passage à la T2A sans interférence de quelconques fluctuations budgétaires. D'autre part, la double échelle tarifaire, telle que nous la connaissons aujourd'hui, est maintenue, en supposant que les tarifs du privé seront inférieurs à ceux du public.

Selon M. DERVAUX, les choix opérés par le médecin et la clinique, et les implications d'un changement de mode de tarification, dépendent de leur capacité à coopérer. Il distingue trois cas de figure :

- absence de coopération : le médecin et la clinique exercent leur activité sans se soucier des choix opérés par le partenaire. Chacun pense que ses choix ne peuvent influencer sur l'activité de son partenaire,
- médecin leader dans la relation médecin-clinique : le médecin a conscience qu'en choisissant habilement son intensité des soins et sa durée d'hospitalisation, il est capable d'inciter la clinique à opérer des choix dans son intérêt de médecin,
- coopération entre médecin et clinique : le médecin et la clinique coopèrent pleinement dans le sens où chacun d'entre eux est prêt à sacrifier son propre intérêt dans celui de son partenaire afin d'améliorer la situation globale du couple médecin-clinique, ceci peut être le cas quand le médecin est actionnaire de la clinique).

Concernant le secteur privé, cet auteur conclut que le médecin a toujours intérêt à être leader dans sa relation avec la clinique alors que la clinique peut tirer profit d'une absence de coopération. Cependant, le passage à la logique T2A vient bouleverser les choses. En effet, la clinique peut avoir intérêt à laisser le médecin être leader si aucune coopération n'est possible. Car la réforme introduit un effet de synergie entre leurs actions du fait de la durée de séjour dans le financement de la clinique. Par contre, si la coopération est possible, le profit joint des deux acteurs sera plus important avec la T2A qu'avant la réforme. On peut donc affirmer que

la T2A incite à plus de coopération entre médecins et gestionnaires. Si l'on détaille davantage, on peut observer que :

- **Avant la réforme T2A**, le passage à la coopération entraîne un impact indéterminé sur le niveau d'effort du médecin, la durée d'hospitalisation et le volume de ressources mobilisées par la clinique. Mais il permet aussi d'augmenter le profit joint mais n'a que peu d'influence sur le profit individuel du médecin ou de la clinique. Et enfin, l'impact sur la demande est indéterminé, le patient peut y perdre ou y gagner.
- **Après la réforme T2A**, le passage à la coopération entraîne l'augmentation du niveau d'effort du médecin, une diminution de la durée de séjour et une augmentation du niveau d'inputs de la clinique. Ceci permet également l'augmentation du profit joint et les profits individuels de la clinique et du médecin. Enfin l'impact sur la demande est positif.

En ce qui concerne l'hôpital public, les variables du modèle sont différentes car les objectifs économiques du médecin et du gestionnaire diffèrent. En effet, dans le secteur public, médecin et hôpital font leurs choix en termes de niveau d'effort et de montant d'inputs en vue de maximiser leur fonction-objectif composée, d'une part, pour le médecin, de la demande et du coût lié à l'effort et, d'autre part, pour l'hôpital, de la demande sous contrainte budgétaire. B. DERVAUX prend le parti de ne présenter que l'impact du passage à la T2A en l'absence de coopération médecin-hôpital :

- **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées à l'hôpital**, alors le niveau d'effort du médecin augmentera, la durée de séjour diminuera et le niveau d'inputs de l'hôpital augmentera. On peut également noter que la T2A améliore la satisfaction du médecin, de l'hôpital et des patients. Ceci se traduit par une augmentation de la demande,
- **Si la demande est peu sensible**, la T2A n'aura pas d'impact dans le secteur public.

### **2.3.3.2 – Impact du passage à la T2A sur la concurrence entre clinique privée et hôpital public**

Le modèle s'articule de la manière suivante : le patient choisit la clinique ou l'hôpital en comparant la satisfaction qu'il retire des choix offerts par le privé et le public en termes de

niveau d'effort du médecin et du niveau des ressources mobilisées, mais aussi de sa préférence naturelle pour le public ou le privé. La demande totale est considérée comme fixe et totalement satisfaite : si la demande du privé augmente, la demande du public diminue d'autant et inversement. Et l'auteur considère que la concurrence entre les deux secteurs s'opère dans un modèle où chacun des acteurs pense qu'il ne peut pas influencer les choix de l'autre.

Si on s'intéresse à l'impact de la réforme sur la répartition des parts de marché. L'impact de la T2A sera différent si il y a absence de coopération ou coopération entre médecin et clinique :

En cas d'absence de coopération, il faut distinguer :

- **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public** : le couple médecin-clinique ne réagit pas initialement à la T2A mais l'hôpital public réagit en augmentant le niveau d'inputs et le médecin augmente son effort, ce qui entraîne une augmentation de la demande de l'hôpital public au détriment du secteur privé. Le couple médecin-clinique réagit ensuite à la perte de demande en augmentant le niveau d'efforts et le niveau d'inputs : il récupère une partie de ses parts de marché perdues mais pas la totalité. À l'équilibre final, l'hôpital public aura gagné des parts de marché.
- **Si la demande est peu sensible au niveau des inputs** : ni le médecin ni le gestionnaire de la clinique ne réagissent au passage à la T2A. La réaction du médecin et du gestionnaire de l'hôpital public est identique. Le passage à la T2A aura alors aucun impact sur la concurrence.

Par contre si on se trouve dans une forme de relation médecin leader ou coopération entre médecin et clinique, la situation est fort différente :

- **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public** : l'hôpital et la clinique augmentent leur niveau d'effort et leur niveau d'inputs, l'impact sur les parts de marché respectives est indéterminé. Mais le patient tire bénéfice du passage à la T2A car les niveaux d'effort et d'inputs augmentent. L'impact sur les parts de marché est donc indéterminé.
- **Si la demande est peu sensible au niveau des inputs** : l'hôpital ne réagit pas initialement au passage à la T2A mais la clinique augmente son niveau d'inputs et

le médecin augmente son niveau d'effort : le couple médecin-clinique gagne des parts de marché.

Les résultats de cette étude sont synthétisés dans le tableau suivant :

Tableau X : Impact de la réforme de la réforme en fonction de la sensibilité de la demande aux ressources de l'hôpital public et en fonction du degré de coopération dans le secteur privé [DERVAUX G., 2003]

Degré de coopération dans le secteur privé	Sensibilité de la demande aux ressources de l'hôpital public	
	Faible sensibilité	Forte sensibilité
Absence de coopération	Pas d'impact	L'hôpital public gagne des parts de marché
Coopération de type médecin leader	La clinique gagne des parts de marché	Évolution des parts de marché indéterminée.

Ce que l'on peut retenir de cette étude, c'est que dans tous les cas de figure, le passage à la T2A va inciter à plus de coopération entre médecins et gestionnaires de cliniques privées. Cette coopération peut également être bénéfique à l'hôpital public dans la mesure où il ne réagira pas au passage à la T2A.

Mais pour que cette concurrence soit fructueuse et vertueuse, il faut, et beaucoup le réclament, il faut parvenir à une convergence des modes de tarification entre les secteurs public et privé.

Cependant, l'ensemble de ces effets attendus positivement ne doivent pas faire oublier l'envers de la médaille. La T2A n'est pas sans failles et des effets pervers sont à craindre. L'approche de la tarification à l'activité est semble-t-il seulement une étape. D'autres facteurs doivent être pris en compte comme par exemple les lacunes de l'unité de facturation. Lionel PERRIER et d'autres auteurs préconisent l'emploi du concept de trajectoire-patient au sein de réseaux et filières de soins. Mais on pourrait pousser plus loin et présenter un modèle de type contrat optimal pour régir les flux d'informations entre le médecin, le gestionnaire et l'Etat.

## **TROISIÈME PARTIE**

**TRAJECTOIRES PATIENTS,  
RÉSEAUX ET FILIÈRES DE SOINS,  
ET APPROCHE DE TYPE CONTRAT OPTIMAL**

Les effets positifs attendus de la mise en place de la Tarification à l'Activité sont nombreux et intéressants en termes d'incitations à l'effort de maîtrise des dépenses et à l'innovation. Ses implications seront potentialisées par les autres volets du plan « Hôpital 2007 ». Beaucoup s'accordent à dire, dont M. Claude Le PEN<sup>49</sup>, que cette réforme du mode de tarification ne pourra être bénéfique que si elle s'accompagne de la mise en place d'une nouvelle gouvernance à l'hôpital, pour que réduction des coûts puisse rimer avec qualité.

Cependant, des difficultés sont tout de même à prévoir lors de la mise en œuvre de cette réforme. Les professionnels de santé, les fédérations représentatives de l'Hospitalisation publique et privée en sont conscients. De plus, le Conseil économique et social dans son rapport consacré à l'hôpital public pointe les effets pervers auxquels la réforme va être confrontée (1).

Lors d'une entrevue avec M. Lionel PERRIER, économiste de la santé au G.R.E.S.A.C., celui-ci m'a fait part de son inquiétude quant au maintien du séjour comme unité de facturation, selon lui insuffisante pour représenter précisément les réalités de l'activité hospitalière (Cf. *infra*). Sur la base de son travail effectué dans sa thèse de doctorat de sciences économiques sur le concept de trajectoire patient en cancérologie pédiatrique, il pense que la prise en compte de ce concept inséré dans un réseau ou une filière de soins, en lieu et place d'un établissement de soins isolé, serait plus représentative (2) et permettrait d'améliorer la qualité et la précision de l'information hospitalière au profit de la tutelle étatique.

De plus, l'étude de Benoît DERVAUX montre que dans le fonctionnement de l'hôpital ou de la clinique, le médecin a un rôle central. Il est l'interlocuteur direct du patient, il est le producteur de soins par excellence et c'est donc logiquement cet acteur qui possède le plus haut degré d'information sur le case-mix de l'établissement de santé. BOADWAY R., MARCHAND M. et MOTOHIRO S. tentent de définir le contrat optimal pour réguler la relation qui existe entre d'une part, le gouvernement, les gestionnaires d'autre part, et enfin les médecins (3).

---

<sup>49</sup> Actes du colloque national T2A, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France, Section Spécialistes, 16 juin 2004.

### **3.1 – Risque moral et sélection adverse ne disparaissent pas**

Le Conseil Economique et social, dans son rapport sur l'hôpital public prévoit des difficultés d'application de la réforme. De plus, professionnels de santé et économistes semblent penser que la mise en place de la Tarification à l'Activité ne résoudra pas le problème du risque moral et laissera possible la sélection adverse<sup>50</sup>.

#### **3.1.1 – « Des questions essentielles restées en suspens » [Conseil Économique et Social, 2005]**

##### **3.1.1.1 – La modulation des tarifs nationaux**

L'activité est calculée en appliquant des tarifs relatifs aux activités M.C.O. pondérés par un coefficient géographique pour les hôpitaux publics et P.S.P.H. anciennement sous D.G.F. et des coefficients spécifiques pour les établissements privés à but lucratif<sup>51</sup>. Dans son rapport d'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la Cour des Comptes, citée par le C.E.S., indique que ces coefficients n'ont pas été calculés sur des bases adéquates : « ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques, en particulier en ce qui concerne PARIS et la Petite Couronne... ». En effet, l'application des coefficients géographiques ne doivent pas masquer la situation réelle des hôpitaux. Le C.E.S. préconise donc un aménagement de la réforme pour que les inégalités interrégionales soient mieux prises en compte<sup>52</sup>.

##### **3.1.1.2 – Le périmètre des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (M.I.G.A.C.)**

Une autre question inquiète la communauté hospitalière. Nul ne sait actuellement quel sera le périmètre des missions d'intérêt général. Cette imprécision a d'ailleurs suscité plusieurs questions inquiètes lors du colloque national organisé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France sur la T2A<sup>53</sup>. Le décret du 8 avril 2005 liste les missions

---

<sup>50</sup> L'Hôpital public en France, bilan et perspectives, rapport et avis présentés par MOLINIÉ Éric., Conseil Économique et Social, 28 juin 2005.

<sup>51</sup> Cf. *supra*.

<sup>52</sup> Aménagement du territoire et établissements de santé, rapport et avis présentés par M. PICARD M., au nom de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, Conseil Économique et Social, 2004.

<sup>53</sup> Actes du colloque national T2A, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France, Section Spécialistes, 16 juin 2004.

d'intérêt général appelées à bénéficier d'un financement spécifique<sup>54</sup> sous forme de dotation annuelle en sus des tarifs de G.H.S. Cependant, le champ de ces M.I.G.A.C. retenu est large et ses contenus sont assez flous pour permettre de limiter les risques liés à l'application de la Tarification à l'Activité. Ces missions comprennent l'enseignement et la recherche, la participation à des politiques de santé publique, et la prise en charge de populations spécifiques. Cependant, le C.E.S. affirme la nécessité que la fixation du champ et du montant de l'enveloppe M.I.G.A.C. ne conduise pas à dénaturer le système de la T2A. Il faudra donc évaluer le coût individualisé de chaque mission avec précision.

### **3.1.1.3. – La question de l'unicité tarifaire**

Le calendrier de la réforme prévoit une montée en charge progressive. Les deux échelles tarifaires (du public et du privé) devraient théoriquement converger à l'horizon 2012 concernant les activités Médecine chirurgie obstétrique (M.C.O.). Cependant, si l'utilité d'une convergence tarifaire semble ne pas poser de problèmes, celle d'une unicité de l'échelle tarifaire semble plus inquiétante du fait des différences structurelles des secteurs public et privé<sup>55</sup>.

### **3.1.2. - « *Des risques et des effets pervers potentiels* » [Conseil Économique et social, 2005]**

Les effets pervers potentiels de la réformes sont déjà connus. Le système se basant sur le P.M.S.I. et sur la tarification à la pathologie, il en reprend les principaux défauts. Afin de les atténuer, le système met en place une articulation entre tarification à l'activité et mode de financement sous forme de Dotation Globale de Fonctionnement. Cependant, comme nous allons le voir, les comportements stratégiques restent possibles. Néanmoins, Alain COULOMB, président de l'A.N.A.E.S., pense que des mesures de correction existent et enfin Claude Le PEN affirme « qu'une mise en œuvre perverse peut annihiler les vertus théoriques du système »<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Cf. *supra*.

<sup>55</sup> Cf. *supra*

<sup>56</sup> Actes du colloque national T2A, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France, Section Spécialistes, 16 juin 2004.



### **3.1.2.1 – Effets pervers prévisibles**

Le premier risque est celui de la sélection des patients. En effet, les services au-dessus du coût moyen de traitement d'une pathologie devront diminuer leurs coûts en adoptant de meilleures pratiques. Chaque établissement possède des points forts et des points faibles pour certaines pathologies, ceci conduirait logiquement à une spécialisation des hôpitaux. De plus, dans l'hypothèse où il existe des économies d'échelle, il existe une tendance à la concentration des activités. Mais le phénomène de sélection des patients est le risque qui inquiète plus particulièrement les professionnels de santé. Cette inquiétude est accentuée par le fait que les pays qui ont adopté un système de tarification à la pathologie ont systématiquement observé ce comportement stratégique négatif. La fixation d'un tarif par G.H.S. risque de conduire les établissements de santé à délaissier les activités jugées les moins rentables, à multiplier les séjours, les interventions et les actes non justifiés.

Le Conseil économique et social distingue deux types de risques de sélection des patients :

- **le risque existe *a priori*** : l'établissement refuse de développer des activités présumées déficitaires comme la prise en charge des personnes très âgées,
- **ou le risque est présent *a posteriori*** : dans ce cas, l'hôpital transfère le patient dans une autre structure.

On peut juste retenir que la sélection porte essentiellement sur les pathologies les plus sévères ou les patients les plus lourds à traiter.

Le C.E.S. pointe également le risque inflationniste. Selon cette institution consultative, l'objectif majeur de la T2A était de permettre une répartition équitable des ressources entre les régions. Mais il pointe également le risque de voir, en cas d'application brutale de la réforme, des conséquences négatives sur les hôpitaux plus riches et d'enrichir indûment d'autres établissements. Dans ce cas, le nouveau mode de financement destiné à éviter la constitution de rentes de situation en créerait de nouvelles ! En effet, lier le financement à l'activité pourrait avoir les mêmes effets que le prix de journée. On pourrait observer un gonflement artificiel de l'activité et un fractionnement des séjours. Le maintien du financement de certaines activités par dotation annuelle fait également courir le risque d'une surévaluation du coût de ces activités (on pense ici principalement aux M.I.G.A.C.). Bruno PALIER estime que la T2A risque d'orienter les hôpitaux « *vers les activités rentables, tout en créant une concurrence accrue entre secteurs publics et privé, voire entre établissements*

*publics eux-mêmes. Ces transformations du mode de financement des prestataires de soins témoignent de la volonté de faire reposer la régulation du système sur des mécanismes de marché, les modalités étatiques ou négociées de la régulation ayant échoué. Dans un contexte où le budget n'est pas limité a priori, ce type de régulation ne peut que conduire à une augmentation des dépenses de santé »<sup>57</sup>. En effet, le fait de procéder par objectifs de dépenses et non par enveloppes à ne pas dépasser, à l'exception des M.I.G.A.C., fait que les hôpitaux ne sont pas incités à réduire leurs dépenses. Nous pourrions même dire au contraire car le système comporte même des incitations à développer l'activité.*

Mais il existe surtout un risque de dégradation de la qualité des soins. En effet, un établissement de santé peut chercher à segmenter les séjours. Dès lors qu'un G.H.S. est facturé à chaque séjour, l'établissement peut facturer deux G.H.S. à chaque fois qu'il est possible de scinder un séjour en deux séjours de courte durée.

Par ailleurs, l'objectif de réduction des coûts introduit par la T2A peut conduire les hôpitaux à diminuer la qualité des soins prodigués. Ils peuvent par exemple diminuer excessivement la durée de séjour ou encore externaliser certaines activités peu rentables vers d'autres structures. La diminution de la qualité peut également s'illustrer par la tendance qui consiste à faire sous-traiter certaines activités. Enfin, du point de vue médical, ce risque peut se traduire par une diminution de certains examens complémentaires pourtant nécessaires. Les hôpitaux seraient ainsi tentés de réduire les coûts des services supports comme l'imagerie médicale.

Enfin, le C.E.S. note un effet ambivalent de la réforme sur l'innovation et la prévention. En effet, si les tarifs nationaux sont fixés à des niveaux trop bas, les établissements de santé seraient alors contraints d'écarter certaines techniques innovantes, mais le plus souvent onéreuses. Le C.E.S. observe que les coûts hospitaliers sont très dépendants de l'évolution du coût des progrès technologique et pharmaceutique. Il faut donc que la grille tarifaire nationale évolue au même rythme. Dans le cas contraire, le C.E.S. estime que cette réforme ne sera « qu'un moyen de réguler la vitesse d'apparition de nouvelles technologies coûteuses qui, si les établissements les adoptent trop rapidement, feront exploser leurs coûts »<sup>58</sup>. Mais cet effet est ambivalent, car une étude observant la diffusion de la technique

---

<sup>57</sup> PALIER Bruno, *La réforme des systèmes de santé*, Presses Universitaires de France, collection Que sais-je ?, mai 2004.

<sup>58</sup> *L'Hôpital public en France, bilan et perspectives*, rapport et avis présentés par MOLINIÉ Éric., Conseil Économique et Social, 28 juin 2005, p. 168.

de coronarographie interventionnelle dans le traitement de l'infarctus du myocarde aux Etats-Unis fait état de l'accélération de cette diffusion notamment grâce à la mise en place d'un système de tarification à l'activité, alors qu'elle a été plus lente en France avec le système de dotation globale<sup>59</sup>.

On peut sans doute affirmer que la T2A porte en elle, à la fois ses risques potentiels et ses mesures de correction.

### **3.1.2.2. – « La tarification finalement c'est un art d'exécution plus qu'un art de conception » [Claude Le PEN, 2005]**

Alain COULOMB, directeur de l'Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé (A.N.A.E.S.) pense qu'il est possible de remédier à ces effets pervers potentiels. Selon lui, « la qualité des soins peut être tout autant impactée par le montant des ressources allouées aux établissements – quel que soit le mécanisme de financement – que par les effets induits par le mécanisme de financement lui-même »<sup>60</sup>.

Le Conseil Économique et Social affirme que si les risques potentiels sont conséquents, il convient néanmoins de les relativiser à la lumière des expériences étrangères mais aussi à la lumière de la réforme elle-même.

Tout d'abord, on peut nuancer le risque de sélection des patients en rappelant l'obligation générale d'accueil figurant dans les missions premières du service public hospitalier. Le risque inflationniste est quant à lui encadré par un mécanisme de régulation de type prix/volume. Si les dépenses d'hospitalisation augmentent davantage que les prévisions réalisées en début d'année, alors les tarifs sont abaissés pour l'année suivante. Ce mécanisme peut même s'appliquer en cours d'année si le dérapage est trop rapide. Le C.E.S. indique que les tarifs ont été abaissés de 2,6 % entre 2004 et 2005.

Pour éviter une dégradation de la qualité, Alain COULOMB pense que deux conditions doivent être réunies :

- **la disponibilité de l'information** : il pense que la croissance du consumérisme entraîne une pression grandissante pour que l'information soit disponible, afin que

---

<sup>59</sup> EXPERT P., La tarification à l'activité, BERGER-LEVRAULT, 2004 in L'Hôpital public en France, bilan et perspectives, rapport et avis présentés par MOLINIÉ Éric., Conseil Économique et Social, 28 juin 2005, p. 168.

<sup>60</sup> COULOMB A., Intervention, Actes du colloque national T2A, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France, Section Spécialistes, 16 juin 2004.

le patient puisse choisir librement et en toute connaissance de cause son lieu d'hospitalisation,

- **le maintien d'une possibilité de choix** : ceci implique donc le maintien d'une situation de concurrence entre les établissements.

Alain COULOMB pense également que les dispositifs d'inspection et de contrôle de l'Etat et de l'Assurance Maladie ont un rôle majeur à jouer. En effet, ces actions pourraient être orientées de manière à déceler et corriger ces effets pervers potentiels. D'ailleurs ces considérations pourraient être prises en compte lors de la procédure d'accréditation.

Selon Claude Le PEN, le problème essentiel réside dans le statut des personnels. Si un hôpital public est non productif, il n'est pas possible de licencier le personnel, il n'est pas possible de fermer l'hôpital et il n'est donc pas possible de le mettre en faillite. Selon lui, « il faudrait avoir une responsabilité des gestionnaires vis-à-vis de leur tutelle de sorte que s'ils sont en déficit, ils ont échoué dans leur mission de gestion et donc ils sont remplacés. À tout système de tarification doit être associé un système de responsabilité, le responsable doit pouvoir être comptable dans tous les sens du terme de l'équilibre et du respect des tarifs »<sup>61</sup>.

Pour sa part, le C.E.S. préconise aux hôpitaux de s'attacher à la maîtrise des processus de prise en charge du patient en repérant les problèmes d'orientation, de sorte et les interactions avec les services supports tels l'imagerie médicale. Cette analyse est globale et ne s'attache pas uniquement à l'aspect clinique du patient : elle s'intéresse au parcours du patient (Cf. *infra*).

Mais le problème essentiel de la réforme est qu'il garde du P.M.S.I. une unité de tarification basée sur le séjour qui ne permet pas de rendre compte de ce parcours du patient qui peut être représenté par le concept de trajectoire-patient.

---

<sup>61</sup> Le PEN C., Intervention, Actes du colloque national T2A, Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France, Section Spécialistes, 16 juin 2004.

## **3.2. – Trajectoires des patients, réseaux et filières de soins.**

Dans un premier temps, nous allons définir ces concepts pour ensuite voir leurs implications dans le relation d'agence qu'il existe entre le gouvernement (tutelle), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (superviseur) et l'hôpital (agent). Les développements de cette partie seront basés essentiellement sur le travail de Lionel PERRIER concernant le P.M.S.I. et les ordonnances de 1996. Ces réformes constituent l'ossature de la réforme T2A. En effet, le système P.M.S.I. constitue l'outil de tarification du nouveau mode de financement et les ordonnances de 1996 ont créé les structures institutionnelles de la régulation de la relation d'agence existant dans le service public hospitalier. Ses hypothèses restent donc toujours valables.

### **3.2.1. – Définitions des concepts de trajectoire du patient, de réseaux et de filières de soins**

#### **3.2.1.1. – La trajectoire du patient**

Selon Lionel PERRIER, le terme de « trajectoire » est de plus en plus utilisé en économie de la santé, mais sa définition reste peu fréquente. Il en a cependant relevé quatre dans le littérature scientifique :

- « *une trajectoire de maladie peut être vue comme une imbrication et une succession de tâches dont l'ensemble constitue l'arc de travail* » c'est à dire « *l'ensemble du travail qui aura besoin d'être fait pour maîtriser le cours de la maladie* »<sup>62</sup>,
- « *on appelle trajectoire une succession dans le temps de volumes de types "prises en charge", à partir d'un instant initial, et pendant une durée donnée* »<sup>63</sup>,
- « *une trajectoire patient est une succession dans le temps d'événements relatifs à un patient ou à un groupe de patients, relevant d'un problème ayant provoqué cette succession d'événements* »<sup>64</sup>,

---

<sup>62</sup> BASZANGER, 1992 ; in PERRIER L., 2001 : p. 95.

<sup>63</sup> DURU G., 1998 ; in PERRIER L., 2001 : p. 95.

<sup>64</sup> VINCENT *et al.*, 1998 ; in PERRIER L., 2001 : p. 95.

- enfin, « *la trajectoire d'un patient est une séquence ordonnée d'événements pathologiques et d'interactions avec le système de soins* »<sup>65</sup>.

Cependant, cet auteur met en garde contre l'assimilation du concept de trajectoire patient à celui de la trajectoire de maladie qui ne rend compte que de l'évolution d'une maladie.

Lionel PERRIER définit donc la trajectoire patient comme « *un déplacement d'un patient dans le temps au sein d'un espace de soins (filiale et/ou réseau) pour diagnostiquer, traiter et faire surveiller une pathologie donnée, qui entraîne une consommation successive de soins et de produits médicaux, conditionnée par l'évolution de son état de santé* »<sup>66</sup>

Trois types de trajectoires sont identifiés :

- **les « trajectoires simplifiées »** : elles consistent à reconstituer la trajectoire du patient dans l'espace de soins à partir de son dossier patient informatisé,
- **les « trajectoires médicales »** : elles identifient le couple itinéraire-produit. Pour chaque consultation ou séjour, les ressources médicales consommées (actes thérapeutiques, médicaments...) sont relevées,
- **les « trajectoires médico-économiques »** : elles permettent d'évaluer le coût de prise en charge d'une pathologie donnée.

De plus, il distingue entre trajectoires mono et multi-établissements qui rendent compte du « *chaînage des séjours* »<sup>67</sup>.

### **3.2.1.2 – La filière de soins**

Certaines définitions de la filière de soins, en tant qu'espace de soins, se basent sur un critère temporel, d'autres sur un critère d'organisation :

- « *la filière est un chemin parcouru par un patient pour une prise en charge donnée réalisée par des praticiens liés les uns aux autres par une participation au mode de prise en charge* »<sup>68</sup>,

---

<sup>65</sup> GREMY, 1996 ; in PERRIER L., 2001 : p. 95.

<sup>66</sup> PERRIER L., 2001 : p. 106.

<sup>67</sup> PERRIER L., 2001 : p. 107.

<sup>68</sup> CLAVERANNE *et al.*, 1998 ; in PERRIER L., 2001 : p. 96.

- « la filière de soins est une typologie de parcours, qui résulte de la demande exprimée par rapport à l'offre de soins »<sup>69</sup>,
- la filière de soins est « une descriptions de trajectoires, a posteriori lorsqu'elle résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins, a priori lorsqu'elle résulte d'une logique de travail en réseau ou d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire »<sup>70</sup>

Lionel PERRIER définit, quant à lui, la filière de soins comme « une organisation spatiale de l'offre de soins, caractérisée par un ensemble de relations informelles et de coopérations officielles entre des professionnels de santé, pour prendre en charge une maladie au niveau du diagnostic, de la thérapie ou de la surveillance médicale. Les relations informelles peuvent être à dominante médicale auquel cas la qualité des soins, leur coordination et la recherche d'une prise en charge globale et optimale de la maladie prévalent. Elles peuvent aussi être à dominante financière, auquel cas la recherche d'un profit maximum prévaut »<sup>71</sup>.

Par exemple, les Hôpitaux Civils de COLMAR ont mis en place une filière « Cancérologie ». La filière Cancérologie s'organise à partir du « Comité Multidisciplinaire de Concertation en Cancérologie » (C.M.C.C.) sensé garantir la multidisciplinarité dans la prise en charge du patient. En effet, il est constitué de comités d'organe comprenant au moins un oncologue médical, un spécialiste d'organe, un anatomopathologiste, un oncologue radiothérapeute, un chirurgien et un radiologue qui se réunissent une fois par mois pour les décisions thérapeutiques et au moins une fois par an pour réviser les protocoles.

La prise en charge globale du patient dans cette filière repose sur trois éléments distincts :

- **un médecin hospitalier** : le médecin auquel le patient a été adressé et une réorientation peut être effectuée en fonction de la pathologie. C'est lui qui gèrera la relation avec le patient tout au long du traitement,

---

<sup>69</sup> AURAY *et al.*, 1996 ; *in* PERRIER L., 2001 : p. 96.

<sup>70</sup> A.N.A.E.S., 1999 ; *in* PERRIER L., 2001 : p. 96.

<sup>71</sup> PERRIER L., 2001 : pp. 105-106

- **un projet de soins** : il est établi par le médecin hospitalier après concertation avec le comité d'organe. Il prévoit l'enchaînement des séquences thérapeutiques ainsi que leur suivi,
- **un dossier** : il est ouvert à l'entrée du patient dans la filière et devient le support d'information commun et retrace la mise en œuvre du projet de soins et ses ajustements.

La prise en charge des patients cancéreux au sein de la filière s'opère en différentes phases :

- **l'indication de la chimiothérapie** : elle est déterminée lors des réunions de décision thérapeutique de comités d'organe,
- **la prescription de la chimiothérapie** : est réalisée par un médecin possédant la qualification adéquate,
- **la mise en œuvre de la chimiothérapie** : se fait en hospitalisation ou en ambulatoire, sous la responsabilité du chef de service et les éventuelles complications sont prises en charge par le médecin prescripteur.

La filière de soins peut intégrer ou non un réseau de soins qui est une structure formelle avec un statut juridique.

### **3.2.1.3 – Le réseau de soins**

Les économistes de la santé ont étudié le réseau de soins comme un « mode de coordination alternatif au marché, aux contrats ou aux conventions »<sup>72</sup>. CHAUVIN *et al.* distinguent quatre axes de travail fondamentaux que doivent se fixer les membres d'un réseau de soins<sup>73</sup> :

- **la prise en charge partagée** : la mise en place pluridisciplinaire des patients suppose la mise en place de discussion sur dossier dans des établissements de l'établissement de référence. Les décisions thérapeutiques peuvent être prises par plusieurs médecins de spécialités différentes,

---

<sup>72</sup> PERRIER L, 2001 : p. 98.

<sup>73</sup> *In* PERRIER L., 2001 : p. 98.



- **l'élaboration des standards thérapeutiques et diagnostiques** : en effet, un réseau de soins doit assurer une prise en charge des patients homogène d'un établissement de santé à l'autre par la mise en place d'un référentiel de pratiques médicales commun, ces outils constituent la base de la démarche qualité dans le réseau de soins,
- **du dossier commun minimum au dossier médical partagé** : le dossier médical commun minimum est un pré-requis indispensable au fonctionnement du réseau de soins. Il comprend un recueil minimum d'informations médicales standardisées sous forme d'une base de données. Cependant, pour faciliter le partage de ces informations, il est nécessaire de passer au dossier médical partagé grâce à l'outil internet.
- **la formation des praticiens dans le réseau** : cette formation comprend celle des médecins mais aussi des personnels paramédicaux.

Il convient de noter que les réseaux sont devenus un outil important de la transformation du système de santé français depuis les ordonnances de 1996. Dans ce cadre, le réseau de soins consiste à mettre en relation l'ensemble des structures et des professionnels nécessaires à l'instauration d'une prise en charge globale du patient.

L'A.N.A.E.S. définit le réseau de soins comme « *une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné et sur un territoire donné* »<sup>74</sup>.

Il convient néanmoins de bien distinguer les notions de réseau et de filière de soins, car la filière peut s'inscrire à l'intérieur ou à l'extérieur d'un réseau. L'entrée dans une filière peut se faire à partir du médecin généraliste qui n'appartient pas à un réseau de soins. L'entrée dans le réseau se fait à partir de n'importe quel acteur du réseau.

Lionel PERRIER définit ainsi le réseau de soins comme « *une organisation spatiale de l'offre de soins, caractérisée par une coopération officielle garantie par un statut juridique entre des professionnels de santé évoluant au sein de plusieurs filières, afin d'assurer une prise en charge globale et optimale du patient pour une pathologie donnée* »<sup>75</sup>.

---

<sup>74</sup> A.N.A.E.S., 1999 ; in PERRIER L., 2001 : p. 101.

<sup>75</sup> PERRIER L., 2001 : p. 106.

Pour donner un exemple de réseau de soins, on peut mentionner le réseau ONCORA (Réseau en oncologie de la région Rhône-Alpes) dont le siège se situe au Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Léon BÉRARD à LYON. ONCORA a été créé en 1994 et est financé depuis janvier 1998 et agréé depuis juin 1999 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes. L'organisation du réseau est fondée sur le principe de l'égalité entre les membres. Ses objectifs sont décrits dans les « 7 commandements » du réseau :

- **favoriser une équité d'accès à des prises en charge de qualité** grâce à l'élaboration de référentiels des pratique médicale, l'évaluation de leur mise en pratique dans le réseau et la formalisation de la concertation pluridisciplinaire à toutes les étapes du projet thérapeutique,
- **favoriser les démarches d'assurance qualité**, de gestion des risques, d'évaluation et d'accréditation dans le réseau,
- **créer les conditions de la mise en place d'un dossier unique de cancérologie dans la région Rhône-Alpes**,
- **gérer un système d'information performant, sécurisé et utilisant les moyens modernes de communication comme le serveur ONCOR@NET**,
- **réfléchir aux moyens et conditions de garantie de qualité dans toutes les filières par pathologies**,
- **faire progresser le recherche en cancérologie**,
- **étudier les modes de financement permettant de faire progresser les pratiques de soins**.

Lors de sa création par la signature d'une convention constitutive entre 40 établissements et structures, en juin 1998, il existe des instances organisationnelles élues qui formalisent l'égalité entre les membres, une structure de coordination du réseau et une structuration juridique qui permette la gestion distincte et en complète indépendance par rapport au Centre Léon BÉRARD du budget d'ONCORA.

Le réseau prend une forme juridique officielle le 1<sup>er</sup> février 2001 avec la mise en place officielle du Groupement d'Intérêt Public ONCORA. Les intérêts de ce statuts juridique sont multiples.

Le Groupement d'Intérêt Public (G.I.P.) est constitué par une ou plusieurs personnes morales de droit public ou privé à la condition de compter au moins une personne morale de droit public, pour exercer ensemble des activités durant une durée déterminée. Le G.I.P. est géré selon les règles de la comptabilité publique lorsqu'il est composé uniquement par des membres de droit public, sinon il peut choisir entre comptabilité publique et comptabilité privée. Ce statut permet ainsi plus de souplesse dans la gestion du réseau.

On peut donc résumer l'intérêt de ces trois concepts par le fait que la « *trajectoire patient s'inscrit dans le développement de la prise en charge globale du patient pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins, au même titre que la filière et le réseau de soins* » [PERRIER L., 2001 ; p.95]. Nous allons désormais nous intéresser à la façon dont ces concepts peuvent s'intégrer à la relation d'agence créée par les ordonnances de 1996 et approfondi par la réforme de la T2A en cours.

### **3.2.2. – « L'insertion du concept de trajectoire du patient dans la relation d'agence du service public hospitalier » [PERRIER L., 2001 : p. 118]**

Le concept de trajectoire du patient peut être utilisé comme un outil de planification pour le principal, outil de contrôle à la disposition du superviseur et enfin outil de négociation pour l'agent.

#### **3.2.2.1. – La trajectoire du patient en tant qu'outil de planification**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 fixait une O.N.D.A.M. à 129,7 milliards d'euros. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 fait état d'une O.N.D.A.M. révisée pour 2004 de 131 milliards d'euros, soit un dépassement de 1,3 milliards d'euros. Le gouvernement, c'est-à-dire le principal, a intérêt à développer les outils pour mieux anticiper et maîtriser les dépenses. Comme nous l'avons vu, la mise en place de la T2A, qui se fonde sur les données du P.M.S.I. permet de quantifier l'activité hospitalière avec un certain degré de précision. Cependant, « *avec l'élaboration des trajectoires médico-économiques des patients, le principal est en mesure de connaître le coût total réel de la prise en charge d'une pathologie par patient* »<sup>76</sup>.

---

<sup>76</sup> PERRIER L., 2001 : p. 119.

Cet outil peut permettre d'améliorer les bases de définition des tarifs de G.H.S. car leurs coûts seront connus et anticipés. Cet outil serait un complément de choix au système de l'Échelle Nationale des Coûts et aux études d'écarts de coûts de la base du Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (G.A.C.A.H.) d'ANGERS. Il s'agit ainsi de préciser l'information à la disposition du principal avec plus de finesse et de relation avec la réalité de la pratique médicale et ainsi de rendre mieux compte de la formation des coûts. Il s'agit d'une estimation des coûts *a priori* et non plus seulement *a posteriori*.

### **3.2.2.2. – La trajectoire patient en tant qu'outil de contrôle à la disposition du superviseur**

L'étude du déplacement du patient, dans le temps et au sein de l'espace de soins permet d'identifier chaque épisode de soins qui forment sa trajectoire. Si pour une pathologie donnée, la trajectoire standard nécessite  $x$  séjours et que le patient a eu  $x + i$  séjours, le superviseur peut s'interroger sur la légitimité de ces  $i$  séjours supplémentaires. La trajectoire patient peut ainsi servir d'outil de dépistage de certaines failles dans la qualité des soins et peut révéler une segmentation abusive des séjours si  $i$  n'est pas justifié. La T2A est fondée sur des tarifs basés sur des séjours : multiplier le nombre de séjours équivaut ainsi à augmenter son financement artificiellement. Mais l'outil diffère en fonction du type de trajectoire patient déterminé :

- **la trajectoire simplifiée** du patient aide à contrôler les éventuels doublons de consultations, de séjours, et permet ainsi de détecter rapidement les comportements stratégiques de segmentation des séjours afin d'accroître artificiellement son financement,
- **la trajectoire médicale** facilite la détection de problèmes plus précis. Il sera possible de déceler des erreurs volontaires ou non d'affectation de patients dans les G.H.M.. Cela peut permettre au principal d'éviter les surclassements abusifs, de repérer les dysfonctionnements repérés au niveau du diagnostic opéré avec la trajectoire simplifiée ou encore à appréhender des errements dans la qualité des soins.
- **Les trajectoires médico-économiques** permettent au superviseur d'évaluer le surcoût d'un dysfonctionnement identifié au niveau de la trajectoire médicale et ainsi de pouvoir sanctionner les agents.

Mais la trajectoire patient peut aussi servir d'outil de négociation pour l'agent.

### **3.2.2.3. – La trajectoire patient en tant qu'outil de négociation**

Comme nous l'avons vu, la trajectoire patient peut être utilisée par le principal et par le superviseur comme outil permettant d'éviter les comportements stratégiques négatifs de l'agent. Néanmoins, un tarif de G.H.S. fixé à un niveau trop bas peut entraîner une baisse de la qualité des soins dans le sens où l'agent sera contraint de le faire.

L'agent a ainsi tout intérêt à disposer d'un instrument sur lequel s'appuyer pour négocier les tarifs avec le principal. En effet, l'étude des trajectoires médico-économiques permet à l'agent de mieux connaître la nature et la structure de ses coûts et peut ainsi avoir des arguments plus convaincants en face du gouvernement sur la table des négociations. Cet atout est potentialisé encore si la tutelle dispose des mêmes données et que celles-ci soient corrélées.

Ce concept semble donc posséder les caractéristiques propres à améliorer la relation d'agence au sein du service public hospitalier favorisant un partage effectif de l'information médicale dans l'intérêt de chacun des acteurs.

Cependant, cet outil n'évite pas un phénomène que nous n'avons pas évoqué jusqu'à présent mais qui est inhérent à toute relation d'agence mettant en jeu trois acteurs : le risque de collusion.

### ***3.2.3. – Trajectoire patient et collusion***

Les phénomènes de collusion peuvent exister dans le cas d'un jeu à trois acteurs dont un superviseur. En effet, le principal peut redouter que le superviseur et l'agent ne s'entendent pour entreprendre des actions contraires à son intérêt. L'Agence Régionale de l'Hospitalisation joue le rôle d'un superviseur<sup>77</sup> et à ce titre, sa mission consiste à réunir l'information et à la transmettre au principal, le Gouvernement. Dans notre cas, le superviseur réunira les données du P.M.S.I. et les transmettra au principal qui réalisera la base nationale P.M.S.I. La collusion peut avoir lieu entre le superviseur et l'agent. Ce dernier propose au superviseur une somme d'argent pour par exemple falsifier un rapport adressé au principal. La collusion se caractérise donc par un transfert monétaire mais cela peut ne pas être le cas. En effet, les Hospices Civils de LYON et le Centre Léon BÉRARD ont pu développer une

---

<sup>77</sup> Cf. *supra*.

relation de collusion avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour obtenir de l'État une enveloppe supplémentaire de 610 000 € en 2001 destinée à financer un projet de recherche génétique<sup>78</sup>.

Mais la collusion peut exister entre le principal et le superviseur, et ce au détriment de l'agent. MACHO STADLER et al. montrent que dans le cas d'une relation d'agence avec double risque moral (le principal ne peut pas observer l'effort de l'agent et l'agent ne peut observer l'effort de contrôle du principal), le principal à intérêt à déléguer la surveillance de l'agent à un superviseur<sup>79</sup>. Une collusion devient possible dès lors que le superviseur falsifie son rapport au principal au détriment de l'agent. Ainsi, le principal peut payer l'agent au dessous de la rémunération à laquelle il pouvait prétendre.

Pour éviter ce type de comportements, Jean TIROLE préconise des types de contrats avec effet incitatif important, et donc une forte capacité à gérer le risque moral<sup>80</sup>. En 1990, FELLI propose une idée selon laquelle une délégation accrue peut éviter la collusion entre le superviseur et l'agent. Il faut que l'autorité décisionnelle du superviseur soit augmentée. La diversification et l'intensification des attributions du directeur d'A.R.H. vont en effet dans ce sens depuis les premières réformes de 1996 jusqu'au projet actuel de création de territoires de santé dont la région serait la base géographique<sup>81</sup>.

KOFMAN et LAWAREE<sup>82</sup> proposent quant à eux de créer une seconde source d'information en introduisant un second superviseur dit « externe » : c'est le rôle joué par l'A.N.A.E.S. qui porte une appréciation sur la qualité d'un hôpital en l'accréditant. Il convient de noter que son action est désormais rendue systématique par les nouvelles réformes qui visent à rendre la procédure d'accréditation obligatoire.

Enfin, HOLSTRÖM *et al.*<sup>83</sup> estiment qu'il faut éviter l'établissement de relations de confiance entre le superviseur et l'agent et préconise ainsi de préférer les contrats à court terme.

---

<sup>78</sup> Exemple tiré de PERRIER L., 2001 : p.129.

<sup>79</sup> MACHO STADLER *et al.* ; in PERRIER L., 2001 : p. 129.

<sup>80</sup> TIROLE J., 1986 ; in PERRIER L., 2001: p. 131.

<sup>81</sup> FELLI, 1990 ; in PERRIER L., 2001: p. 132.

<sup>82</sup> KOFMAN et LAWAREE, 1989 ; in PERRIER L., 2001: p. 132.

<sup>83</sup> HOLSTRÖM *et al.*, 1989; in PERRIER L., 2001: p. 133.

Cependant, dans les développements antérieurs, nous n'avons étudié que les moyens d'améliorer la relation entre le Gouvernement-principal et l'hôpital-agent. Cependant, l'hôpital semble être perçu comme une boîte noire dans laquelle il est impossible de savoir ce qu'il s'y passe. BOADWAY R., MARCHAND M. et MOTOHIRO S.<sup>84</sup> introduisent quant à eux une autre séquence et surtout un autre acteur: le médecin. En effet, le médecin est l'élément central dans la connaissance du case-mix réel de l'hôpital. Le principal a ainsi intérêt à développer le contrat optimal afin de pouvoir obtenir non seulement l'information détenue par le gestionnaire de l'hôpital, mais aussi celle par le médecin qui est, comme on peut légitimement le penser, encore plus précise<sup>85</sup>.

### **3.3 – Financement des hôpitaux et contrat optimal**

#### ***3.3.1 – Présentation du modèle***

Comme nous l'avons observé tout au long de ce travail, les modèles de financement de l'hôpital mettent en jeu des modalités mixtes de paiement fondées à la fois sur le niveau de l'activité et une modalité par dotation non reliée au coût réel observé. Le médecin est le plus souvent l'unique décideur dans le domaine thérapeutique, alors que le plus souvent la structure de l'hôpital est sensée impliquer à la fois le médecin et les gestionnaires. Ces trois auteurs développent ainsi un modèle selon lequel gestionnaires et médecins jouent des rôles différents mais complémentaires dans la décision thérapeutique. On peut dès lors noter que la décision thérapeutique est la décision d'engager la dépense destinée à traiter un patient. Dans ce modèle, les autorités publiques fournissent le financement, les gestionnaires répartissent et fixent le niveau des ressources à l'hôpital et enfin les médecins sont responsables directement du traitement du patient, et pour cela, il prescrira soit des thérapies à haut niveau de technologie ou non, étant donné le fait qu'il est l'acteur qui détient les informations les plus fines sur le case-mix de l'hôpital.

Les autorités publiques signent des contrats avec les gestionnaires fixant les modalités du financement ainsi que son niveau et spécifiant également un certain niveau d'équipement

---

<sup>84</sup> BOADWAY Robin, MARCHAND Maurice, MOTOHIRO Sato, An optimal contract approach to hospital financing, Journal of Health Economics, Elsevier, n° 23, 2004.

<sup>85</sup> Il s'agit de la seule étude de ce type à ma connaissance, cependant, la modélisation ne sera pas reprise ici. Pour plus de détails, se référer à BOADWAY Robin, MARCHAND Maurice, MOTOHIRO Sato, An optimal contract approach to hospital financing, Journal of Health Economics, Elsevier, n° 23, 2004.

de haute technologie. De leur côté, les gestionnaires, qui connaissent globalement le case-mix de leur hôpital, signent des contrats avec les médecins spécifiant le niveau des ressources non-médicales allouées et leur niveau de rémunération. Enfin, les médecins qui connaissent effectivement la sévérité des cas traités, sélectionnent les patients qui vont être traités avec les équipements de haute technologie et ceux qui ne le seront pas et reçoit une rémunération de la part des autorités publiques en fonction de ces choix thérapeutiques. D'après ces auteurs, il existe un problème d'agence à deux étages dans lequel les contrats doivent être conçus afin de répartir l'information le plus efficacement possible.

En effet, les médecins peuvent être tentés de prescrire majoritairement des traitements de haute technologie pour accroître leur niveau de rémunération. Il n'est pas nécessaire de préciser que cette incitation va dans le sens d'une absence de maîtrise des dépenses.

Cette relation d'agence à deux étages se caractérise par des acteurs qui ne partagent pas les mêmes objectifs. Le but du gestionnaire est de maximiser le surplus financier de l'hôpital alors que le médecin est concerné davantage par la qualité des soins prodigués, son niveau d'effort et son niveau de revenu. Pour sa part, les autorités publiques auront plus vocation à assurer un niveau de qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses publiques de santé.

De plus, le problème réside dans la répartition de l'information entre ces différents acteurs. Avant de passer un contrat avec le gestionnaire, le gouvernement n'a aucune information concernant le case-mix de l'hôpital, qui est rappelons-le, la répartition des patients de l'hôpital en fonction du degré de sévérité de leur pathologie et de leur état de santé. Le gestionnaire a, quant à lui, certaines informations à ce sujet mais qui restent superficielles par rapport à celles détenues par le médecin.

Le modèle consiste donc à une séquence organisée chronologiquement entre trois niveaux de décideurs. Il existe ainsi une relation d'agence entre le gouvernement-principal et le gestionnaire-agent, et une autre relation d'agence entre le gestionnaire-principal et le médecin-agent, et à chaque niveau, le principal est moins informé que l'agent. Pour compléter le modèle, il aurait fallu parler de la relation d'agence qui existe entre le médecin et ses patients, mais BOADWAY, MARCHAND et MOTOHIRO ont décidé d'occulter ce niveau en prenant l'hypothèse que le patient reste passif dans le processus de décision thérapeutique (ce qui n'est bien évidemment pas le cas en réalité).



Le gouvernement va donc proposer un type de contrat de financement destiné à obtenir l'information dont le gestionnaire dispose tout en corrigeant les inconvénients des contrats passés entre gestionnaire et médecin.

Selon ces auteurs, il est surprenant que la littérature concernant le mode de financement des hôpitaux n'ait pas opté pour une approche de type contractuel optimal. En effet, ils regrettent que les auteurs se contentent de présenter des modèles de financement mélangeant paiement prospectif à la pathologie et remboursement des coûts observés. Selon eux, il est indéniable que les modes de financement basés sur des classifications en G.H.M. ont permis de réduire grandement les asymétries d'information entre le gouvernement et les hôpitaux. Mais le problème de l'hétérogénéité des patients n'est pas réglé. De ce point de vue, le gouvernement et le gestionnaires ne partagent pas la même information que le médecin concernant les risques médicaux des patients classés dans un G.H.M. donné. De plus, selon eux beaucoup d'auteurs considèrent médecin et gestionnaire en tant que décideurs séparés dans l'organisation de l'hôpital.

Pour résumer, le gouvernement ne dispose d'aucune information quant à la catégorie de l'hôpital concerné avant de passer un contrat avec le gestionnaire. Le gestionnaire connaît la catégorie de son hôpital mais c'est le médecin qui connaît la sévérité réelle des cas classés dans les G.H.M.

A chaque étage, le principal propose « un menu » de contrats et l'agent en choisit un. Chaque contrat est composé de trois caractéristiques : un financement (peu importe les modalités), un niveau d'équipement de haute technologie et enfin un niveau de rémunération à l'acte directement versée au médecin par patient traité avec les équipements de haute technologie.

Au premier niveau, le gouvernement propose plusieurs contrats et le gestionnaire en choisit un en fonction de la catégorie de son hôpital. Puis au second niveau, en fonction du contrat choisi par le gestionnaire, celui-ci propose plusieurs contrats au médecin qui en choisit un à son tour en fonction de sa propre information sur le type de son hôpital, déterminé par le degré de sévérité des pathologies et des patients.

Au troisième niveau, le médecin dispose d'un contrat lui offrant une rémunération, un paiement à l'acte (sous forme d'honoraires comme c'est le cas dans les cliniques privées à but lucratif en France) et un niveau de ressources. Il prendra ses décisions thérapeutiques en fonction de ces trois paramètres et ajustera son niveau d'effort également sur cette base.

### **3.3.2 – Propositions de contrats**

Les propositions de contrats seront étudiées successivement pour le niveau 2 puis pour le niveau 1.

#### **3.3.2.1. – Proposition de contrats entre le gestionnaire-principal et le médecin-agent**

La première proposition consiste en des contrats offerts au médecin par le gestionnaire d'un hôpital d'une catégorie donnée, où les ressources disponibles pour fournir les équipements de haute technologie sont définies de telle sorte que leur coût marginal soit égal à leur utilité marginale. Ce type de contrat diffère d'un contrat en information complète seulement au niveau des honoraires du médecin par patient : les honoraires sont positifs pour l'hôpital de la catégorie sévère et nuls dans le cas contraire. Ce type de contrat est destiné à minimiser les rentes informationnelles laissées au docteur dans l'hôpital de catégorie peu sévère.

#### **3.3.2.2. – Propositions de contrats entre le gouvernement-principal et le gestionnaire-agent**

Dans le cas où la catégorie de l'hôpital est la moins sévère, le gouvernement fixera les honoraires pour le traitement avec les équipements de haute technologie négativement, et sous-investira dans ces équipements conformément à la règle qui veut que la productivité marginale d'une ressource soit en équation avec son prix sur le marché.

Dans le cas où la catégorie de l'hôpital est la plus sévère, l'asymétrie d'information entre le gouvernement et le gestionnaire fait que le gouvernement augmente et les honoraires du médecin pour le traitement avec les équipements de haute technologie et les investissements dans ces équipements. Ceci est motivé par la volonté, de la part du gouvernement, de minimiser la rente informationnelle laissée à l'hôpital de catégorie moins sévère.

### **3.3.3 – Conclusions sur cette étude**

Dans cette étude, les auteurs ont observé et modélisé les manières de financer un hôpital de manière à impliquer une hiérarchie entre trois décideurs : le gouvernement, le gestionnaire de l'hôpital et le médecin. La répartition de l'information entre ces trois acteurs résultent de différences de compétences professionnelles du fait d'un degré d'éloignement avec le contact du patient. Le gouvernement ne sait rien sur la catégorie de l'hôpital, le gestionnaire connaît la catégorie de sévérité et le médecin connaît précisément son case-mix.

En offrant des contrats au médecin, le gestionnaire cherche à maximiser sa rémunération attendue en incitant le médecin à lui révéler l'information dont il dispose au moment de la signature du contrat. Dans un contexte de sélection adverse, il est néanmoins nécessaire que le gestionnaire laisse au médecin des rentes si il est dans un hôpital au case-mix peu sévère pour ne pas qu'il puisse affirmer qu'il n'est pas en mesure de traiter les cas les plus sévères, l'objectif du gestionnaire sera alors de les minimiser au maximum.

Concernant la conception du contrat entre le gouvernement et le gestionnaire, deux sources de blocage sont possibles :

- d'une part, le gouvernement est plus soucieux des bénéficiaires de la qualité des soins que le médecin, et de ce fait il serait tenté d'investir et de payer des honoraires pour les équipements de haute technologie plus qu'il ne serait nécessaire. Ce serait une situation sur-optimale,
- d'autre part, les honoraires élevés pour l'utilisations des équipements de haute technologie, sont souvent perçus par le gouvernement comme une incitation à leur sur-utilisation dans les hôpitaux faisant face aux case-mix les plus sévères. Ceci conduit donc le gouvernement à naturellement chercher à réduire le montant de ces honoraires.

Ainsi, le contrat doit être conçu de manière à ce que le gestionnaire révèle au gouvernement la catégorie de sévérité de son hôpital. Comme au second niveau, une rente doit être laissée au gestionnaire d'un hôpital au case-mix sévère. Donc le financement des équipements de haute technologie sera plus conséquent que requis.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

Selon Claude Le PEN, « *la T2A c'est le secteur privé à l'hôpital* »<sup>86</sup>. Cette affirmation peut porter à réfléchir sur le sens même du service public hospitalier. La T2A est destinée à asseoir le financement sur l'activité et le relier davantage aux coûts réels observés et ainsi éviter le financement bloqué et restreint propre au financement par dotation globale.

L'expérience américaine a fourni un exemple des inconvénients que l'on peut rencontrer si on applique un système de paiement prospectif à la pathologie fondé sur une classification en Groupes Homogènes de Malades à 100 %. En effet, les comportements stratégiques les plus fréquents sont le surclassement des malades dans des groupes de malades plus rentables et surtout plus rémunérateurs ; la segmentation des séjours, du fait que plus on a de séjours, plus on a de financement, mais ce qui inquiète surtout les professionnels de santé, et les instigateurs de la réforme, ce sont les éventualités d'une diminution de la qualité des soins.

La réforme entamée en 1995 et poursuivie en 1996 avait permis de créer les bases essentielles à l'amélioration de la relation d'agence qui existe entre le gouvernement, principal, et l'hôpital, agent. En effet, d'une part, la mise en place du Programme de Médicalisation du Système d'Information permet au principal de disposer d'un niveau d'information plus correct sur le case-mix national, mais les ordonnances de 1996 ont permis la mise en place de deux superviseurs, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Agence Nationale de l'Accréditation des Etablissements de Santé.

Comme nous l'avons vu, ces réformes étaient nécessaires mais insuffisantes car fondées sur le système de la dotation globale. Elles ne constituaient que des mesures de correction plus ou moins efficaces.

En effet, ce système destiné à maîtriser les dépenses hospitalières n'est pas parvenu à réaliser cet objectif, bien au contraire ; et pire encore, ce système a entraîné un sous-investissement dans l'innovation, que celle-ci soit technique ou thérapeutique, pénalisant le patient lui-même.

L'idée maîtresse de la Tarification à l'Activité a été de mêler paiement prospectif à la pathologie et dotation globale afin d'atténuer les « effets indésirables » des deux systèmes. Cependant, si cette réforme peut avoir des vertus intéressantes, elle n'est pas exempte d'effets pervers potentiels. En effet, pour résumer la situation, on pourrait dire que l'ancien système

---

<sup>86</sup> Le PEN C., Intervention, Colloque National T2A, URML Île de France, 16 juin 2004.

était du financement déconnecté du coût teinté de paiement prospectif à la pathologie alors que la T2A consiste en du paiement prospectif à la pathologie agrémenté avec de petites touches de dotation globale. Ainsi, si les effets pervers du système antérieur sont annihilés par des incitations supérieures à la réduction des coûts, et à l'innovation, la T2A ne conserve pas moins les défauts du paiement prospectif à la pathologie.

Beaucoup pensent que le système dispose intrinsèquement des moyens d'éviter ces effets néfastes. Néanmoins, comme Claude Le PEN le dit lui-même, c'est dans la mise en œuvre de la réforme que nous verrons si elle est viable.

Ce qui importe surtout, c'est de parvenir à maintenir un niveau de qualité adéquat et suffisant. C'est ici que la relation avec la sphère privée prend tout son sens. Ces relations vont être amenées à s'intensifier par l'instauration d'une concurrence entre les deux secteurs grâce à la convergence tarifaire prévue pour 2012. En effet, le financement reposera sur les mêmes bases et les méthodes de contractualisation avec les A.R.H. seront identiques. Mais avant tout, et c'est ici que la citation de M. Claude LE PEN prend tout son sens, le service public hospitalier va devoir, si il veut devenir rentable tout en fournissant une qualité de soins suffisante, adopter des méthodes propres au secteur privé lucratif. Les travaux de la Mission d'Evaluation et d'Audit Hospitaliers vont dans ce sens notamment en ce qui concerne la mise en place de techniques de comptabilité analytique d'exploitation. Les résultats du secteur privé enternes de rentabilité, devraient amener le service public hospitalier à imiter ses méthodes rapidement.

Mais Lionel PERRIER propose dès 2001 d'aller plus loin, des structures existent comme la filière et le réseau de soins qui permettent de favoriser une prise en charge globale du patient avec un haut niveau de qualité. Les réseaux d'ailleurs sont porteurs d'avenir car peuvent devenir les lieux privilégiés de la coopération entre secteur public hospitalier et secteur privé, si leurs statuts juridiques le permettent. Nous avons vu que le réseau ONCOR, constitué en Groupement d'Intérêt Public oeuvrait dans cette direction.

Cet auteur développe également un outil, que nous avons jugé intéressant, la trajectoire patient qui peut permettre d'améliorer la connaissance du déplacement du patient dans l'espace de soins par rapport à la prise en compte tarifaire du seul séjour. Cet outil peut ainsi servir d'outil de planification pour le gouvernement, d'outil de contrôle pour l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, ou l'A.N.A.E.S, et enfin d'outil de négociation à la disposition de l'hôpital.

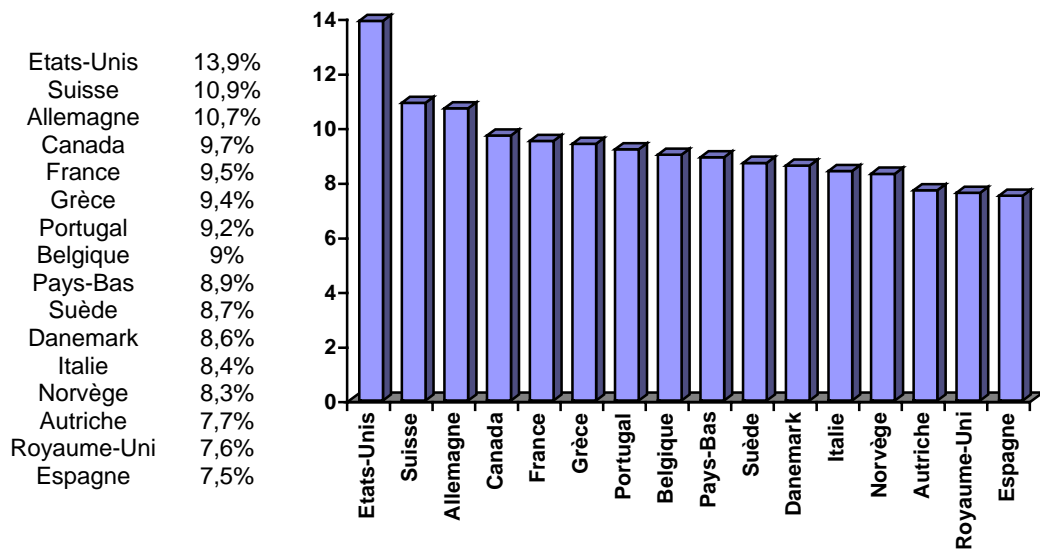
Enfin, BOADWAY, MARCHAND et MOTOHIRO ont réalisé une étude novatrice du financement des hôpitaux en essayant de modéliser des types de contrats optimaux pour que la répartition de l'information soit plus homogène.

Cependant, si le service public hospitalier imite les techniques du secteur privé, il faut néanmoins penser que les charges du secteur public sont plus importantes du fait qu'il y a une obligation de service public et des activités non rentables doivent être maintenues au nom de l'obligation d'accueil des patients. Les cliniques privées lucratives ont pu très tôt se spécialiser dans les activités pour lesquelles elles étaient rentables. De plus, l'Hospitalisation publique est enchaînée à un boulet : le statut de ses personnels empêchant les éventuelles restructurations et autres réorganisations. Le réseau de soins permet de mêler personnel de statut public et personnel contractuel et paraît ainsi être une alternative envisageable.

D'autre part, il serait intéressant que la possibilité soit donnée au secteur public de participer à des missions traditionnellement remplies par le secteur privé. On pense ici particulièrement à l'enseignement et la recherche qui sont une sorte de quasi-monopole des C.H.U., alors que les cliniques privées disposant des ressources et des compétences nécessaires pourraient également remplir. De plus, le secteur privé lucratif pourrait par la même occasion enseigner sa culture de la gestion.

# ANNEXE

■ Part des dépenses de santé dans le PIB (en %) - 2001 - Comparaison internationale (source OCDE)





## Liste des abréviations

<b>A.C. :</b>	Aide à la Contractualisation
<b>A.M.M. :</b>	Autorisation de Mise sur le Marché
<b>A.N.A.E.S. :</b>	Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé
<b>A.R.H. :</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>C.C.A.M. :</b>	Classification Commune des Actes Médicaux
<b>C.d.A.M. :</b>	Catalogue des Actes Médicaux
<b>C.E.S. :</b>	Conseil Économique et Social
<b>C.H. :</b>	Centre Hospitalier
<b>C.H.R. :</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>C.H.S. :</b>	Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie
<b>C.H.U. :</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>C.I.M. :</b>	Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
<b>C.L.C.C. :</b>	Centre de Lutte Contre le Cancer
<b>C.M.C.C. :</b>	Comité Multidisciplinaire de Concertation en Cancérologie
<b>C.M.E. :</b>	Commission Médicale d'Établissement
<b>C.N.A.M. :</b>	Centre National des Arts et Métiers
<b>C.R.E.S.GE :</b>	Centre de Recherches Economiques, Sociologiques et de Gestion
<b>D.G.F. :</b>	Dotation Globale de Fonctionnement
<b>D.H.O.S. :</b>	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
<b>D.M.I. :</b>	Dispositifs Médicaux Implantables
<b>D.R.G. :</b>	Diagnoses Related Groups
<b>E.N.C. :</b>	Échelle Nationale des Coûts
<b>E.N.S.P. :</b>	Ecole Nationale de la Santé Publique
<b>F.H.F. :</b>	Fédération Hospitalière de France

<b>G.A.C.A.H. :</b>	Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière
<b>G.H.M. :</b>	Groupe Homogène de Malade
<b>G.H.S. :</b>	Groupe Homogène de Séjour
<b>G.I.P. :</b>	Groupement d'Intérêt Public
<b>G.R.E.G.A.S. :</b>	Centre de Recherche en Économie et en Gestion Appliquée à la Santé
<b>G.R.E.S.A.C. :</b>	Groupe de Recherche Economie de la SANTé et réseaux de soins en Cancérologie
<b>H.A.D. :</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>I.A.M. :</b>	Indice d'Activité Médicale
<b>I.A.S. :</b>	Indice d'Activité Soignante
<b>I.C.R. :</b>	Indices de Coûts Relatifs
<b>I.C.R.M. :</b>	Indice de Consommation des Ressources Matérielles
<b>I.R.M. :</b>	appareils D'imagerie à Résonance Magnétique
<b>I.S.A. :</b>	Indice Synthétique d'Activité
<b>I.V.G. :</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>M.A.I.N.H. :</b>	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
<b>M.C.O. :</b>	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
<b>M.E.A.H :</b>	Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
<b>M.I.G. :</b>	Missions d'Intérêt Général
<b>M.I.G.A.C. :</b>	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
<b>O.N.D.A.M. :</b>	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
<b>O.Q.N. :</b>	Objectif Quantifié National
<b>ONCORA :</b>	Réseau en ONCOlogie de la région Rhône-Alpes
<b>P.E.T. :</b>	Tomographie à Emission de Positons
<b>P.M.S.I. :</b>	Programme de Médicalisation du Système d'Information
<b>P.P.P. :</b>	Paiement Prospectif à la Pathologie

<b>P.S.P.H. :</b>	Etablissement privé Participant au Service Public Hospitalier
<b>R.S.A. :</b>	Résumés de Sorties Anonymes
<b>R.S.S. :</b>	Résumé de Sortie Standardisé
<b>R.U.M. :</b>	Résumé d'Unités Médicales
<b>S.N.C.H. :</b>	Syndicat National des Cadres Hospitaliers
<b>S.R.O.S. :</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale
<b>S.S.R. :</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>T.A.P.A.M. :</b>	Tableau Prévisionnel d'Activité et de Moyens
<b>T.C.C.M. :</b>	Tableau Coût Case-Mix
<b>T2A :</b>	Tarifification à l'Activité
<b>U.R.M.L. :</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux

# Bibliographie Générale :

## Ouvrages de référence :

**COCA Elias**, L'ISA et le PMSI. Comment mieux gérer les établissements hospitaliers, éd. BERGER-LEVRAULT, Collection « H », décembre 1998, 400 p.

**CROZET Yves**, Analyse économique de l'Etat, 2<sup>ème</sup> éd., Armand COLIN, Collection « Cursus », Série « Economie », PARIS, 1997.

**De KERVASDOUÉ Jean**, La Santé intouchable : Enquête sur une crise et ses remèdes, J-C LATTÈS, PARIS, mars 1996, 294 p.

**LAFFONT Jean-Jacques, MORTIMORT David**, The theory of incentives, the principal-agent model, PRINCETON University Press, 2002.

**MONTOUSSÉ Marc**, Théories économiques, BRÉAL, Collection « Amphi », PARIS, 1999, 254 p.

**PALIER Bruno**, La réforme des systèmes de santé, Presses Universitaires de France, collection Que sais-je ?, mai 2004.

**PERRIER Lionel**, Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en cancérologie pédiatrique, Thèse Sciences Économiques, Université LYON II, 2001.

**SALANIE Bernard**, Théorie des contrats, Economica, Collection « Economie et Statistiques avancées », Série : Ecole Nationale de la Statistique et de l'Administration économique et Centre d'Etudes des Programmes Economiques, PARIS, 1994.

## Rapports, documents d'information et avis:

**BAUBEAU Dominique, CARRASCO Valérie, MERMILLIOD Catherine**, L'activité de radiothérapie en 2002, Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et Résultats n° 387, mars 2005 [en ligne], consultable sur [http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub\\_drees.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm).

**Caisse Nationale d'assurance Maladie des Travailleurs Salariés**, Rapport sur l'exécution de l'O.N.D.A.M. 2003, édition 2004 [en ligne], consultable sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr).

**ENGEL F., BEAU E.**, Mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux et cliniques, Rapport de synthèse de la première phase (octobre 2003 – mars 2004), ministère de la Santé et de la Protection sociale, Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers, 20 mars 2004 [en ligne], consultable sur <http://www.meah.sante.gouv.fr/>.

**Fédération Hospitalière de France**, L'avenir de l'hospitalisation publique au service des Français, le projet de la Fédération Hospitalière de France, PARIS, 5 décembre 2001 [en ligne], consultable sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

**Fédération Hospitalière de France**, Lettre aux parlementaires sur la situation préoccupante des hôpitaux publics : sous-financement et difficultés de mise en œuvre de la T2A, 7 avril 2005 [en ligne], consultable sur [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

**FENINA Annie, GEFFROY Yves**, Comptes nationaux de la santé 2004, Document de travail n° 84, Série Statistiques, D.R.E.E.S., juillet 2005 [en ligne], consultable sur [http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub\\_drees.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm).

**Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie**, Avis sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, 21 juillet 2004 [en ligne], consultable sur [http://www.sante.gouv.fr/ass\\_maladie/haut\\_conseil/ind\\_rapport.html](http://www.sante.gouv.fr/ass_maladie/haut_conseil/ind_rapport.html).

**HENRIET D.**, Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission Tarification à l'Activité, 2003, [en ligne], consultable sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm>.

**Le RHUN Béatrice, LEGENDRE Marie-Caroline**, L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées entre 2002 et 2003, Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Etudes et Résultats n° 411, juillet 2005, [en ligne], consultable sur [http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub\\_drees.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/pub_drees.htm).

**Ministère de la santé et des solidarités**, Calcul des coûts par activité, fiches d'analyse d'écarts – Données 2003, Rapport, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Groupe pour l'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière, C.H.U. d'ANGERS, 2004 [en ligne], consultable sur <http://www.meah.sante.gouv.fr/>.

**Ministère de la santé et des solidarités**, La tarification à l'activité, Modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre, Document d'information, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission « Tarification à l'Activité », octobre 2003, [en ligne], consultable sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm>.

**Ministère de la santé et des solidarités**, T2A, Expériences européennes, Colloque, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission « Tarification à l'Activité », octobre 2003, [en ligne], consultable sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm>.

**MOLINIÉ Éric**, L'Hôpital public en France, bilan et perspectives, rapport et avis, Conseil Économique et Social, 28 juin 2005, [en ligne], consultable sur [http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/2-3based/base.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm).

**MOSCETTI K**, Paiement prospectif à la pathologie, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Mission Tarification à l'Activité, 2003, [en ligne], consultable sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm>.

**PICARD Michel**, Aménagement du territoire et établissements de santé, rapport et avis, section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, Conseil Économique et Social, 2004 [en ligne], consultable sur [http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/2-3based/base.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm).

**SANDIER et al.**, Systèmes de santé en transition, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, France, 2004, [en ligne], consultable sur <http://www.euro.who.int/observatory?language=French>.

**Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France**, Actes du colloque national T2A, Sections spécialistes, 16 juin 2004, [en ligne], consultable sur <http://www.urml-idf.org/Public/>.

## **Articles de presse :**

**JOLY J.**, Les bonnes recettes du privé, in L'Express du 25 septembre 2003.

**Le CŒUR Philippe**, Les députés adoptent la réforme du financement des hôpitaux et des cliniques, in Le Monde du 1<sup>er</sup> novembre 2003.

**Le Monde**, La fragilisation financière des hôpitaux alarme les milieux professionnels in Le Monde du 22 octobre 2004.

**PECRESSE Jean-Francis**, Hôpitaux et cliniques : le mode de financement réformé, in Les Echos du 24 octobre 2003.

**REVERCHON A.**, À l'hôpital, les instruments de gestion peinent à rendre compte de la complexité des tâches, in Le Monde du 29 juin 1999

**REVERCHON A.**, L'hôpital s'aventure dans la culture de gestion, in Le Monde du 20 janvier 2004.

## **Article scientifique :**

**BOADWAY Robin, MARCHAND Maurice, MOTOHIRO Sato**, An optimal contract approach to hospital financing, Journal of Health Economics, Elsevier, n° 23, 2004.

## **Textes juridiques et codes:**

**Loi n° 2003-1199** du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, NOR: SANX0300139L, Journal Officiel n° 293 du 19 décembre 2003 page 21641.

**Loi n° 2004-1370** du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, NOR: SANX0400133L, Journal Officiel n° 296 du 21 décembre 2004 page 21649.

**Circulaire n° DHOS-F2/DSS-1A/2005/N°356** du 26 juillet 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

**Circulaire n° DHOS/F1/F2/2005/282** du 15 juin 2005 relative aux modalités de versement pour l'exercice 2005 des ressources d'assurance maladie des établissements publics de santé et des établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale.

**Circulaire n° DHOS-F/DSS-1A/2005/N°181** du 5 avril 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

**Circulaire n° DHOS-F-O/DSS-1A/2005/N°119** du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

**Circulaire n° DHOS/F3/F1/2005/103** du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Code de la Santé Publique, **édition 2004, 18<sup>ème</sup> éd., DALLOZ, collection « Codes DALLOZ », PARIS, mai 2004.**

## **Sites internet utiles :**

**L'Assurance Maladie en ligne :**

<http://www.ameli.fr>

**L'agence Technique de l'Information Hospitalière (A.T.I.H.) :**

<http://www.atih.sante.fr>

**La filière Cancérologie des Hôpitaux Civils de Colmar :**

<http://www.ch-colmar.fr/filiere-cancerologie-colmar.htm>

**La Fédération hospitalière de France :**

<http://www.fhf.fr>

**Le réseau ONCORA :**

<http://oncoranet.lyon.fnclcc.fr>

**L'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes :**

<http://www.parthage.sante.fr>

**Le ministère de la santé et des solidarités :**

<http://www.sante.gouv.fr>

## **Bases de données en économie de la santé :**

**Embase:** <http://www.embase.com>

**Pubmed :** <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>