



LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ : PREMIÈRE ANNÉE DE MISE EN ŒUVRE

ROLAND CASH *

La tarification à l'activité (T2A) dans les établissements hospitaliers est une réforme maintenant en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 dans le secteur sous dotation globale et le 1^{er} octobre 2004 dans le secteur privé à but lucratif.

Il peut paraître étonnant de présenter le fait de rémunérer une structure en fonction de l'activité qui y est réalisée comme une réforme conceptuelle importante ; cela paraît, en effet, aller de soi, et c'était d'ailleurs déjà le cas dans les établissements privés¹, mais dans les établissements publics, il s'agit bien d'une modification considérable du mode de financement par rapport au budget global, fixé pour la plus grande part sur une base historique. Comme l'un des enjeux est, en outre, de rapprocher les modalités de financement des deux secteurs, public et privé, des modifications plus profondes pourraient être observées dans le paysage sanitaire, du fait d'une plus grande équité dans le jeu concurrentiel entre les établissements.

Avant d'évoquer les modalités techniques de la réforme, le calendrier et ses impacts potentiels, il faut donc nous poser la question : pourquoi cette réforme était-elle nécessaire ?

QUELS SONT LES APPORTS DE LA T2A ?

Les bénéfices attendus de cette réforme sont de différentes natures :
- en introduisant le principe du paiement forfaitaire prospectif (les prestations sont payées sur la base d'un forfait dont le tarif est connu à l'avance), différencié selon les types de prise en charge, on introduit

* Mission Tarification à l'activité, responsable scientifique, ministère de la Santé.



dans les établissements un fort incitatif à améliorer les outils de gestion ; on attend de ce mécanisme une plus grande efficacité économique, l'établissement devant affiner ses analyses de manière à adapter la consommation de ressources aux recettes obtenues par l'activité ;

- les tarifs étant fixés au plan national et homogènes sur le territoire (avec l'exception, toutefois, de certaines zones géographiques pour lesquelles il est admis l'existence d'un surcoût sur les charges et qui bénéficient d'un coefficient de majoration des tarifs), le système induit d'emblée une équité de traitement entre établissements en prévoyant une meilleure adéquation entre ressources et activité ;
- à cet égard, il est un objectif d'équité particulier, qui est de viser l'harmonisation des modalités de financement entre secteur public et secteur privé. Les deux secteurs sont, pour le moment, soumis à des règles de rémunération totalement différentes, faussant notablement le jeu de la concurrence et orientant fortement les spécialisations des établissements. Une remise à plat du système était attendue depuis des années.

Ces effets seront progressifs, par la prise en compte des nouvelles règles par les établissements au fur et à mesure du déploiement de la réforme.

À souligner qu'il n'y a pas, parmi ces objectifs, de volonté de maîtriser les dépenses hospitalières, même si on attend des gains d'efficacité au niveau microéconomique. Une telle réforme pourrait même avoir l'effet inverse, vis-à-vis des établissements publics en tout cas, dans la mesure où la T2A introduit une incitation à développer l'activité, contrairement au système antérieur.

En effet, les établissements hospitaliers publics étaient soumis depuis le début des années 1980 au système de la dotation globale, fixant leur budget en début d'année sur la base du budget des années précédentes, indépendamment de l'activité effectivement réalisée dans l'année concernée. Ce système avait évidemment l'inconvénient d'introduire une distorsion pérenne entre activité et dotation. Il avait tout de même certains avantages, en particulier l'intérêt de maîtriser *a priori* les dépenses de ce secteur², et l'introduction d'une forfaitisation totale susceptible d'induire un effet maximum d'incitation à l'efficacité. On considère d'une manière générale que le paiement à l'acte et le paiement à la journée sont des systèmes inflationnistes³ et qu'il faut introduire une forme de forfaitisation de la rémunération des offreurs de soins pour éviter de telles dérives. Le budget global est, à cet égard, un bon système de maîtrise. À l'intérieur de son budget, l'hôpital a le loisir de développer l'activité qu'il souhaite, au sein des contraintes induites par l'environnement concurrentiel, ce qui lui donne de fait certaines marges de liberté ; mais comme le budget est fermé, tout développement trop

important d'activité se traduit par un « étranglement » budgétaire de l'établissement.

Le problème est que ce système s'est révélé par trop inéquitable et au moment de la réforme de la T2A, était prêt de « craquer ». Il a été inéquitable dès le départ puisque le principe de baser le budget de l'année n sur les budgets des années précédentes favorisait les établissements bien dotés avant la mise en place du budget global, défavorisant les autres. Il s'est révélé tout aussi inéquitable dans sa mise en œuvre au fur et à mesure des années, puisqu'aucune mesure correctrice de l'anomalie initiale n'a été vraiment entreprise jusque dans les années 1994-1996 ; à ce moment, a été introduite une modulation budgétaire à la marge sur la base des informations issues du PMSI⁴. Ces informations permettaient de juger de la dotation d'un établissement à partir d'un indicateur synthétique, la valeur du point ISA (ISA pour indice synthétique d'activité)⁵. Lorsque l'établissement se trouvait avec une valeur de point ISA très supérieure à la moyenne, la tutelle considérait que sa dotation budgétaire dépassait ce qu'il aurait dû avoir s'il était à la moyenne, et son taux d'augmentation du budget de l'année suivante était abaissé, voire dans certains cas, rendu nul (dans de très rares cas, en Île-de-France notamment, il a pu être négatif). Cette procédure ne s'est cependant pas révélée suffisante, pour deux raisons essentielles :

- d'une part, cette modulation, basée sur l'observation de l'activité antérieure, ne pouvait jouer que sur les quelques pourcentages d'évolution annuelle du budget, et non sur la « masse » ;
- d'autre part, il y avait un décalage de 2 ans entre l'année d'observation (une certaine inertie existe dans le système de remontée de données...) et l'année d'application de la campagne budgétaire. Ce décalage conduisait à des décisions des ARH parfois inappropriées, puisqu'un établissement, sur 2 années, peut voir son activité se modifier dans des proportions significatives, dans un sens ou dans l'autre.

La réforme de la T2A se place dans la continuité de cette utilisation du point ISA, mais en corrigeant ces deux défauts majeurs : en principe, la T2A doit s'appliquer à l'ensemble du budget ou à une partie très significative du budget (précisément, sur l'ensemble de la part du budget dédiée à l'activité d'hospitalisation décrite par le PMSI), après la période de transition, et elle doit s'appliquer en « temps réel ».

Ainsi, ce système, qui est, de fait, moins forfaitaire que le budget global, devrait être un puissant moteur pour développer l'activité dans les établissements qui bénéficient d'une structure démographique et d'un environnement concurrentiel favorables, sans les freins antérieurement introduits par le budget global. Il n'est pas impossible que ce système puisse créer une tension sur l'évolution des dépenses



hospitalières. Il est certes plus difficile de « créer » de l'activité hospitalière que de multiplier les journées une fois le patient hospitalisé, mais il existe, dans un système où règne l'asymétrie d'information, des marges de manœuvre pour accroître son activité à bassin de population constant... L'observation de fortes disparités de taux d'intervention chirurgicale entre départements, non explicables par des différences épidémiologiques, en est un indicateur indirect.

Il peut paraître étonnant qu'une réforme ait pour conséquence d'inciter les acteurs hospitaliers à développer leur activité, donc induire des dépenses supplémentaires, à l'heure où la tutelle politique cherche plutôt à maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Mais le constat a été fait que les hôpitaux publics subissaient un certain nombre de contraintes qui pesaient sur leur activité : impact de la mise en place de la réduction du temps de travail, pour le personnel non médical d'abord, puis pour le personnel médical ; difficultés de recrutement dans certaines spécialités médicales du fait d'une démographie médicale en voie de diminution (en anesthésie-réanimation, en gynéco-obstétrique, en pédiatrie...), phénomène qui va s'aggraver après 2005. Et de fait, dans les années 2001-2003, l'activité des hôpitaux publics a quasiment stagné, alors que les charges, elles, ont connu une augmentation importante. Cette perte de productivité devait être compensée par un mécanisme plus incitatif à produire de l'activité, et la T2A a donc cet objectif.

Le risque inflationniste de la réforme est en outre encadré par un mécanisme de régulation global de type prix/volume : si les dépenses d'hospitalisation augmentent davantage que la prévision réalisée en début d'année, les prix connaissent une baisse (ou une moindre hausse que prévu) l'année suivante. Ce mécanisme peut même s'appliquer en cours d'année si le dérapage s'avère trop rapide⁶.

À dire vrai, on sait qu'un tel mécanisme aussi global ne produit aucun incitatif positif ou négatif sur le comportement d'un établissement donné ; celui-ci a plutôt toujours intérêt à développer davantage son activité dans un contexte de baisse des tarifs pour éviter de perdre trop. Il s'agit simplement d'un mécanisme de sauvegarde qui serait utilisé *in fine* si les mécanismes incitatifs vertueux à l'efficacité au niveau microéconomique ne s'avèrent pas suffisants.

Il faut à ce stade évoquer brièvement quelques comparaisons internationales. De nombreux pays ont adopté ce système du paiement prospectif pour payer les séjours dans les établissements d'hospitalisation, mais les objectifs sont assez souvent différents en fonction du contexte dans lequel a été introduite la réforme.

Aux États-Unis, quand le programme Medicare a choisi ce système au début des années 1980, il se substituait à un système de prix de journée, à l'évidence très inflationniste (plus le patient restait longtemps, plus

l'établissement augmentait ses ressources). La tarification forfaitaire au GHM a donc fait figure de mesure de maîtrise des dépenses d'hospitalisation pour le secteur de court séjour. Et d'ailleurs, les durées moyennes de séjour ont baissé dans d'importantes proportions, passant globalement de 10 jours à 6 jours⁷, et il a été observé un déport massif d'activité en faveur des filières d'aval : soins de suite et de réadaptation, hospitalisation et soins à domicile.

En Suède, le paiement prospectif a été introduit pour inciter les hôpitaux à développer l'activité dans un contexte de file d'attente ; le but était alors inverse ! Et effectivement, les files d'attente se sont réduites.

Ces quelques mentions permettent de souligner combien il est difficile d'analyser les exemples étrangers en la matière, tant les éléments de contexte sont fondamentaux et divers.

LES PRINCIPALES MODALITÉS TECHNIQUES DE LA RÉFORME

Les considérations qui précèdent ne doivent pas masquer le fait essentiel que le principe général de la réforme ne produit pas des effets vertueux automatiques par lui-même, mais que ses impacts dépendent des modalités de mise en œuvre ; et dans cette discussion sur les modalités, le champ des possibles est vaste.

Sans ici pouvoir reprendre l'ensemble des aspects du modèle d'application de la T2A, il est nécessaire de s'arrêter sur l'architecture d'ensemble.

Le modèle de la T2A prévoit cinq grandes catégories de recettes pour les structures de court séjour :

1. Les recettes issues des séjours d'hospitalisation sont assises sur la description des séjours par Groupe Homogène de Malades (GHM). La version actuelle de la classification en GHM compte de l'ordre de 700 groupes. À chacun de ces GHM est affecté un tarif, appelé alors GHS (pour groupe homogène de séjours).

Ce tarif est fixé au niveau national, au regard notamment des données de coûts moyens observés dans un échantillon d'une cinquantaine d'établissements publics et participant au service public (cet échantillon est appelé l'étude nationale de coûts).

Le principe est simple : quelle que soit la consommation réelle de ressources du séjour, celui-ci est rémunéré au tarif moyen fixé en début de période par la tutelle. C'est en ce sens qu'on appelle cette modalité d'allocation de ressources un système de paiement prospectif. L'établissement doit adapter ses coûts au regard du prix que le financeur lui consent. Il n'y a pas de négociation sur les prix, ni de possibilité de les moduler (en dehors des règles que le financeur a prévues : coefficient

géographique, suppléments journaliers...). À cet égard, il ne s'agit pas d'un mécanisme de concurrence par les prix. Ce système induit cependant des comportements concurrentiels dans la mesure où il y a un partage des volumes d'activité entre les établissements présents dans une zone donnée.

Il existe aussi une concurrence sur les coûts et une forte incitation à procéder à des comparaisons des performances de gestion entre établissements.

En outre, des suppléments journaliers sont prévus dans certains cas spécifiques :

- a. en cas de séjour extrême, c'est-à-dire quand le séjour se prolonge au-delà d'une certaine borne de durée de séjour, chaque journée au-delà de la borne fait l'objet d'un supplément ; il est considéré que ce séjour n'entre plus dans la moyenne du groupe ;
- b. en cas de passage dans une unité de réanimation, chaque journée passée dans l'unité peut faire l'objet de la facturation d'un supplément. Ce système sera étendu dans les années à venir aux unités de soins intensifs et de surveillance continue.

Il va de soi que cette partie devant représenter dans l'avenir la plus grande proportion des budgets, il faut porter une attention particulière à la fixation des tarifs et à l'algorithme de la classification qui définit les GHM. Cet algorithme est révisé chaque année et doit s'attacher à suivre les évolutions des pratiques et des techniques médicales, de façon à ne pas introduire trop de distorsion entre coûts et tarifs. La version de 2004, à cet égard, a introduit de nombreuses modifications importantes et, en particulier, a développé la distinction des GHM avec et sans comorbidités en créant une centaine de groupes supplémentaires, afin de mieux prendre en compte la sévérité des cas.

2. Les recettes issues des activités externes couvrent les consultations externes, les actes de radiologie et de biologie effectués pour des consultants... (sauf pour les cliniques privées pour lesquelles ces prestations sont intégrées dans les honoraires médicaux).

3. À cela s'ajoutent les recettes issues de la facturation de certains médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur une liste spécifique. La règle générale veut que le tarif par GHS inclue l'ensemble des consommables : médicaments, petits matériels, matériels de bloc... Il a cependant été jugé impossible de procéder ainsi pour certains produits particulièrement onéreux (souvent innovants) induisant une forte hétérogénéité des coûts par séjour. C'est le cas, par exemple, des anticancéreux récents, des produits anti-hémophiliques, des médicaments orphelins... Aussi, une liste spécifique de produits, qui doit être régulièrement remise à jour, a été constituée ; tout produit présent sur cette liste et

prescrit à un patient hospitalisé est facturé par l'établissement au prix de revient en sus du GHS.

Il y a, dans ce domaine, un enjeu de convergence entre les deux secteurs. Les cliniques ont la faculté de facturer au prix d'achat les prothèses implantées et les médicaments anticancéreux (pour ces derniers, seulement lorsqu'ils sont prescrits en hôpital de jour). En 2004, les établissements sous dotation globale ont cette possibilité uniquement lorsqu'il s'agit de produits inscrits sur la liste limitative établie en début d'année, quel que soit le mode d'hospitalisation.

Le besoin d'harmonisation se fait sentir depuis des années, et la T2A en offre l'occasion. La liste sera commune dès 2005, pour toutes les modalités d'hospitalisation.

Une innovation a, en outre, été introduite pour maîtriser la qualité des prescriptions de ces produits : le contrat de bon usage des soins. L'établissement devra passer avec l'ARH un contrat pluriannuel où il s'engagera à améliorer le circuit du médicament, la traçabilité des prescriptions, et à respecter les indications de ces produits et les recommandations de bonnes pratiques. Faute de respecter ces engagements, l'établissement pourrait voir le remboursement des produits concernés réduit jusqu'à 70 % de leur valeur.

4. Certaines activités bénéficient d'un forfait annuel destiné à couvrir les charges fixes.

C'est le cas des urgences en particulier. Le financement des urgences est, en fait, plus complexe : il associe ce forfait annuel, attribué à tout site autorisé (avec des valeurs évoluant par paliers en fonction de l'activité estimée en nombre de passages), et un tarif attribué à chaque passage, auxquels s'ajoutent les éventuels actes externes (entrant dans le deuxième groupe de recettes).

Un autre exemple est constitué par la coordination des prélèvements d'organes. Les équipes chargées du recensement des donneurs potentiels, dans les sites autorisés, voient ainsi leurs charges couvertes par le forfait. Cinq valeurs sont fixées en fonction du type d'autorisation et de l'activité.

5. Enfin, sont définies les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) destinées à couvrir toutes les missions et activités qu'il n'est pas possible de financer au séjour, à l'acte ou d'une manière générale dans une unité accessible facilement à la mesure. Ces missions sont davantage concentrées dans les établissements publics, mais pas exclusivement, et pour certaines de ces missions, dans les établissements universitaires. Ce groupe comprend schématiquement trois catégories :

- les missions d'enseignement, de recherche, d'innovation, de recours. Cette catégorie s'adresse avant tout aux établissements universitaires,

mais pas forcément à titre exclusif. Historiquement, pour calculer les valeurs de point ISA, il avait été estimé que ces missions recouvraient 13 % du budget des CHU et CLCC. Ce taux a été reconduit en 2004. Quelques autres établissements bénéficient d'un taux plus bas ;

- toutes les autres missions spécifiques, transversales, comme les SAMU et SMUR, les centres de référence, les activités de soins aux détenus, certaines actions de prévention... Ces missions particulières n'obéissent pas, à l'évidence, aux mêmes règles que les activités de soins en hospitalisation ou en consultation, ce qui justifie leur financement sous cette forme ;
- et enfin, « l'aide à la contractualisation » : cette partie du budget a vocation à accompagner financièrement la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements.

Dans l'ensemble, ces MIGAC constituent une dotation allouée par l'ARH dans le cadre d'un contrat, et ne sont pas soumises aux fluctuations de l'activité hospitalière. Leur définition et leur valorisation précise sont parmi les enjeux les plus lourds pour démarrer l'année 2005 dans de bonnes conditions.

LE CALENDRIER, LA PÉRIODE DE TRANSITION

8

Partant de situations très disparates, une application brutale d'une T2A basée sur des tarifs nationaux produirait des effets trop massifs sur les budgets, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Des variations de budget pouvant aller jusqu'à 30 % dans les cas extrêmes, dans un sens ou dans l'autre, pourraient être observées. Il n'est pas possible de déstabiliser autant les établissements qui « perdraient » dans ce système, et il ne serait de même pas sain de produire un effet à la hausse aussi rapide dans les établissements « gagnants ». Aussi, une période d'adaptation est prévue, jusqu'en 2012 précisément, pour mener à terme la réforme.

Parallèlement, des changements statutaires sont nécessaires, de profondes modifications réglementaires sont à réaliser, les systèmes d'information doivent être refondus, autant de raisons pour mener cette réforme par étapes.

Dans le secteur public et PSPH actuellement sous dotation globale, il est prévu trois grandes étapes :

- en 2004, les établissements ne changent pas de statut. Toutefois, leurs budgets sont calculés selon de nouvelles règles prenant en compte la réforme de la T2A. En cette première année d'application, les tarifs nationaux (GHS, suppléments, passages aux urgences...) ne sont applicables qu'à hauteur de 10 % de leur valeur, le reste du budget étant équilibré par une dotation annuelle complémentaire, calculée sur la base

du budget de l'année précédente. En outre, des dispositions transitoires sont prévues pour les unités de réanimation, en attendant la conclusion des schémas d'organisation des soins de réanimation dans les régions. Les médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste limitative sont remboursés à leurs prix de revient ;

- en 2005, les établissements changent de statut et devront établir un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), sortant ainsi du système de la dotation globale. Le taux de financement sur l'activité (de 10 % en 2004) devrait augmenter, dans une proportion à définir par arrêté ministériel ;

- en 2006, une étape supplémentaire devrait être franchie : les établissements factureront directement leurs prestations à l'activité à l'assurance-maladie, comme le font les établissements privés. À cet égard, le terme de « facturation » utilisée ci-dessus pour décrire le modèle T2A est en 2004 un peu abusif puisqu'il s'agit encore (et de même en 2005) d'une simple comptabilisation de l'activité, prise en compte de manière globale par la tutelle, tous les trimestres, pour verser à l'établissement des dotations mensuelles. La « vraie » facturation ne doit débuter qu'en 2006.

Chaque année, la part du budget directement allouée « à l'activité » devrait croître. La fin de la période de convergence est fixée à 2012, sachant qu'au moins 50 % du chemin doit être réalisé en 2008.

Dans les cliniques privées à but lucratif, le schéma initial est différent puisqu'au 1^{er} octobre 2004, le système de facturation bascule d'emblée vers une tarification au GHS sur la base de tarifs nationaux (différents de ceux du secteur public), remplaçant donc l'ancien système des prix de journée et forfaits de salle d'opération. Pour assurer la transition et éviter des modifications brutales dans le montant des recettes, un coefficient correcteur venant moduler les tarifs sera appliqué à chaque établissement. Ce coefficient de transition devra évoluer progressivement vers 1^{er}. Il s'agit de faire progresser les établissements de leur situation actuelle (sur ou sous-dotée) à une situation harmonisée. La fin de la période de convergence est également prévue en 2012.

L'un des objectifs de la réforme est de parvenir à une convergence des systèmes publics et privés, en tenant compte de leurs charges et missions spécifiques. Cette convergence devra, elle aussi, s'effectuer progressivement, mais il reste encore quelques questions de taille non résolues à ce jour :

- les honoraires médicaux libéraux ne sont pas intégrés dans les tarifs de GHS des cliniques privées, alors que les salaires des médecins sont intégrés dans les tarifs publics. Comment traiter ce problème dans l'objectif de convergence ? L'intégration des honoraires médicaux libéraux dans les tarifs est considérée comme une remise en cause du paiement à l'acte par les praticiens. Le débat sera donc complexe ;

- les statuts des personnels sont différents entre secteurs, avec d'ailleurs trois secteurs distincts sur ce plan : les établissements publics (fonction publique hospitalière), les établissements à but non lucratif participant au service public hospitalier, les établissements privés à but lucratif. Peut-on envisager des tarifs identiques pour des secteurs aux règles de fonctionnement différentes ?

- et surtout... on observe à partir des outils à ce jour disponibles que les cliniques privées réalisent des prestations d'hospitalisation à des tarifs inférieurs à ceux en vigueur dans le secteur public (en raisonnant sur les moyennes, car par ailleurs, il existe des cliniques « chères » et des hôpitaux publics peu coûteux). Si cette observation était amenée à se vérifier une fois prises en compte toutes les missions particulières des établissements publics (permanence des soins, prise en charge des personnes précaires, enseignement et recherche...), comment alors opérer la convergence ? Faudra-t-il baisser les tarifs du secteur public, et donc diminuer les effectifs, ou faudra-t-il plutôt accroître rapidement les tarifs du secteur privé, en introduisant une pression énorme sur l'évolution des dépenses de Sécurité sociale ?

Cette question de la convergence doit aussi être retravaillée au regard de l'observation que les hôpitaux et les cliniques ont le plus souvent des activités et des champs d'action différents.

Toutes ces questions seront les enjeux de demain, et de leur résolution dépendra l'issue de la réforme, tout au moins au regard de son ambition initiale.

10

LES CONSÉQUENCES DE LA T2A SUR LA STRATÉGIE DES ÉTABLISSEMENTS

Nous avons vu au fur et à mesure de la présentation de la réforme quelles pouvaient être les conséquences de telle ou telle mesure sur les comportements et les budgets. Mais quel peut être l'impact de la T2A sur la stratégie même des établissements ?

De façon générale, la T2A tend à privilégier les actions qui permettent :

- de développer l'activité, dans le respect de la place de chaque institution sur son secteur, donc préférentiellement sur les créneaux où sont observées d'importantes « fuites » de patients. L'établissement, dans son analyse stratégique, doit donc s'attacher à correctement évaluer sa zone de chalandise (plusieurs techniques existent pour définir son bassin de santé, ou territoire de santé), et déterminer quelles sont ses « parts de marché » dans chacune des disciplines médico-chirurgicales pour connaître ses points forts et les secteurs où des marges de progression existent ;

- de maîtriser les durées de séjour et donc :
 - de développer les filières d'aval : soins de suite, rééducation, hospitalisation à domicile, soins à domicile... afin d'utiliser les structures de court séjour uniquement pendant la période où cela est nécessaire et de déléguer à ces structures d'aval (s'il en existe en nombre suffisant dans la zone d'implantation de l'établissement, ce qui n'est pas fréquent) la partie du séjour venant juste après la phase aiguë ;
 - de procéder à toute mesure de réorganisation interne (des circuits, des modalités d'admission, des procédures d'examens complémentaires...) évitant aux patients des séjours prolongés non justifiés dans les structures de court séjour ;
- de développer les prises en charge ambulatoires ;
- et, dans la perspective de la contractualisation, d'identifier de manière précise les missions d'intérêt général développées par l'établissement afin de les voir valoriser correctement.

Ces réflexions stratégiques ont des conséquences en termes d'outils.

L'un des outils essentiels dont chaque établissement devrait se doter est l'analyse prospective pluriannuelle de son activité, afin de pouvoir anticiper ses recettes futures. Une telle étude doit prendre en compte, par discipline :

- les prévisions démographiques : évolution du nombre d'habitants, vieillissement ;
- la taille de la zone de chalandise, et l'évolution probable de cette zone ;
- la répartition des activités entre les établissements du secteur, et l'évolution probable des « parts de marché » entre les établissements (évolution de l'offre, des partenariats...) ;
- l'évolution de la morbidité hospitalière ;
- l'évolution des pratiques de prise en charge : partage entre hospitalisation classique, hospitalisation ambulatoire et prise en charge externe ;
- les choix volontaristes décidés institutionnellement dans le cadre du projet médical ;
- les possibilités ou opportunités de recrutements de praticiens.

Un autre outil de base, outil de gestion mais aussi outil stratégique dans la perspective tracée par la T2A, est la comptabilité analytique pour permettre, face à l'analyse des recettes évoquée ci-dessus, de mener en parallèle une analyse des coûts et de déterminer si telle ou telle option stratégique ne sera pas, en fin de compte, une source de déséquilibre du budget. Il ne s'agit pas forcément de chercher à s'orienter uniquement vers des spécialités « rentables » et d'abandonner les autres de façon automatique⁹, mais le bon sens commande au moins de se doter des moyens de connaître quel est l'apport en recettes comme le poids en dépenses de chaque activité médicale.

En l'absence d'une comptabilité analytique complète, l'établissement



peut déjà procéder à des analyses sommaires mais tout de même instructives en étudiant ses durées de séjour par type de pathologie, en comparaison avec les moyennes enregistrées au plan national.

D'autres types de conséquences sont anticipés, mais cette fois au titre des effets pervers potentiels. On sait, du fait de la logique du paiement forfaitaire en théorie économique et des observations réalisées dans les pays qui ont déjà adopté ce système, que des risques existent. Ces risques peuvent être classés ainsi :

- a) risque de sélection des patients : soit *a priori* (refus de développer des activités présumées déficitaires, et on pense en particulier à la prise en charge des personnes très âgées, des personnes précaires...), soit *a posteriori*, en procédant à un transfert du patient dans une autre structure. D'une manière générale, le problème porte potentiellement sur les cas les plus sévères, et c'est pourquoi le modèle de la T2A prévoit un certain nombre de dispositions de nature à correctement valoriser ces prises en charge lourdes (suppléments pour journées extrêmes, pour passage en réanimation, survalorisation des séjours de soins palliatifs...);
- b) risque de segmentation des séjours : à partir du moment où un GHS est facturé à chaque séjour, chaque fois que l'on peut transformer un séjour en deux séjours de plus courte durée, l'établissement peut alors facturer 2 GHS au lieu d'un. Il en est de même si le séjour est segmenté de façon non-justifiée entre deux établissements (en dehors des cas où un partage de tâches entre établissements est justifié ; on est alors dans le cas de prestations inter-établissements prévues par le modèle T2A) ;
- c) risque sur la qualité des soins : il est toujours délicat d'aborder cette question dans la mesure où il n'existe pas, à ce jour, d'outil généralisé et admis par tous pour mesurer cette fameuse qualité des soins. Ainsi, même si elle était amenée à se dégrader avec la T2A, on ne saurait pas le mesurer. Quoi qu'il en soit, la logique de paiement forfaitaire, en théorie, induit le prestataire à chercher à « en faire le moins possible » dans le cadre du forfait et à chercher à externaliser sur d'autres acteurs certaines prestations, ou à simplement éviter de réaliser des prestations non strictement nécessaires. On peut penser à la réalisation de certains examens complémentaires par exemple. C'est aussi dans cette logique que les durées de séjour peuvent se réduire de façon trop massive. Aux États-Unis, le Congrès a ainsi dû se positionner sur la durée de séjour après un accouchement pour éviter que l'on fasse sortir les femmes trop précocement !
- d) frein à la diffusion des innovations : là encore, le paiement forfaitaire ne permet pas de prendre en considération l'émergence de nouvelles techniques si elles s'avèrent plus coûteuses que les anciennes. Ceci étant, cette problématique est la même dans tous les systèmes tarifaires, et il faut dans tous les cas savoir se doter d'un outil de veille pour rapidement

identifier les innovations importantes, les évaluer et accélérer leur prise en compte dans les outils de tarification.

Face à tous ces risques, il y a deux démarches incontournables : observer et maintenir les outils :

- observer : le ministre de la Santé a mis en place un comité d'évaluation de la T2A chargé de détecter ces phénomènes, d'étudier d'une manière générale les conséquences de la réforme sur le comportement des acteurs, et de faire des propositions d'amélioration du modèle et des outils ;
- maintenir : les outils de base de la T2A sont en nombre réduit : classification en GHM, étude nationale de coûts des établissements publics, règles de gestion pour attribuer les suppléments journaliers, règles de fixation des forfaits, règles de mise à jour de la liste des produits facturables en sus des GHS. Il est dans la logique du système de réviser chaque année (et voire en cours d'année) ces outils pour répondre aux difficultés éventuellement rencontrées par les établissements ou détectées par le comité d'évaluation.

*EN GUISE DE CONCLUSION...
UN CHANTIER VIENT DE S'OUVRI*

Le dispositif de la T2A peut paraître complexe et multiforme, mais, on le voit, il cherche avant tout à mieux décrire, mieux valoriser, mieux prendre en compte les activités particulières. Dans cette perspective, les travaux sont loin d'être terminés.

Il faut en effet souligner qu'il s'agit d'un processus progressif, qui ne fait que démarrer. Il y a encore beaucoup à faire pour améliorer les outils, et, de ce fait, améliorer la capacité de description et de valorisation de notre système de soins hospitaliers. Aux États-Unis, le vecteur principal de la tarification, la classification en GHM, est révisé chaque année ; il faudra en France procéder de la même façon. Une étape importante a été franchie en 2004. Ce n'est que la première¹⁰.



NOTES

1. Sous la forme d'une tarification très détaillée associant des prix de journée, des forfaits opératoires liés à l'environnement technique mis en œuvre, des consommables facturés à l'euro l'euro (les honoraires médicaux étant par ailleurs payés aux médecins et chirurgiens).
2. Même s'il arrivait assez fréquemment que des décisions publiques conduisent en cours d'année à accroître quelque peu les dotations initiales, sur des mesures ciblées ; mais il ne s'agissait pas d'un défaut du système de la dotation globale en tant que tel.
3. Car ils combinent l'incitation de l'offreur de soins à réaliser toujours plus d'activité (dans la limite de ses capacités) et une asymétrie d'information à l'avantage de l'offreur.
4. Le PMSI (programme de médicalisation du système d'information) permet de classer les séjours des patients en groupes, les groupes homogènes de malades (GHM), à partir d'un certain nombre d'informations de base : âge, diagnostics, actes chirurgicaux, mode d'entrée, mode de sortie, poids des nouveau-nés... À partir d'un algorithme prenant en compte tous ces éléments, un séjour est affecté à un GHM. Cet algorithme cherche à constituer des groupes les plus homogènes possibles sur le plan des coûts et à maximiser le taux de variance expliquée globale des coûts.
Ce système a été mis en place aux États-Unis par R. Fetter, et introduit en France dans les années 1980 sous l'impulsion de J. de Kervasdoué.
5. Chaque GHM était affecté d'un poids corrélé à la consommation de ressources engagée par l'établissement, traduit en points ISA (l'accouchement par voie basse sans complication était à 1000 points, et les autres GHM se positionnaient par rapport à cette référence). Le budget était rapporté à la somme de tous les points ISA produits par l'établissement sur une année pour calculer la valeur de production d'un point ISA.
6. Ce mécanisme prix/volume introduit, en outre, une fongibilité public/privé sur le champ de l'hospitalisation de court séjour. Il n'y a pas, par contre, de fongibilité des enveloppes hôpital/ville.
7. À noter que les durées moyennes de séjour ont baissé en France dans des proportions similaires sur la période 1980-2000, sans doute sous l'impact du budget global qui a introduit une logique forfaitaire, mais il faut voir dans cette baisse générale une évolution pluri-factorielle associant certes les incitatifs du mode d'allocation de ressources, mais aussi l'apport du progrès technique, la demande des patients, la contrainte de capacités en lits limitées par les mesures de planification, etc. Du reste, aux États-Unis, le mouvement de diminution des durées de séjour avait commencé avant la réforme.
8. En dehors des établissements qui, soit en raison de leur position géographique, soit en raison de l'existence d'un environnement technique plus dense reconnu par la tutelle, pourront maintenir un coefficient supérieur à 1.
9. Cela peut ne pas se révéler un bon choix à moyen terme : les tarifs peuvent évoluer à la baisse pour contrecarrer ces phénomènes de rente, la concurrence peut se révéler plus agressive dans le secteur que l'on aura privilégié, conduisant à des pertes de parts de marché... si bien qu'il est plutôt dangereux dans ce système de se spécialiser trop fortement. La rentabilité est l'un des critères du choix stratégique, mais pas le seul.
10. Pour en savoir plus :
 - Le site du ministère de la Santé publie régulièrement l'actualité sur la réforme : <http://www.sante.gouv.fr>, rubrique Hôpital 2007.
 - La DREES a publié en 2002 les actes d'un colloque international tenu à Paris en juin 2001 sur : *La tarification à la pathologie - les leçons de l'expérience étrangère*. Dossiers Solidarité et Santé, hors série. La Documentation Française, juillet 2002.
 - Sur l'expérience américaine : *Reimbursing for Health Care Services*, Joseph P. Newhouse. *Economie Publique, études et recherches*, n° 13, 2003/2, pp. 5-33.