

A LIRE ABSOLUMENT

Interrogations sur la tarification à l'activité

Le sort en est donc jeté. A l'encontre des pronostics généralement formulés, la mise en place de la tarification à l'activité va être initiée dès le 1^{er} janvier 2004. L'échéancier de mise en œuvre complète repose sur trois étapes successives à l'issue desquelles, en 2006, les hôpitaux factureront directement à l'assurance-maladie.

Rarement réforme administrative d'envergure aura été conduite avec pareille célérité et il faut donc saluer l'aube d'une ère nouvelle censée libérer les énergies et les forces vives, remotiver les équipes médicales et soignantes, mettre fin aux rigidités et aux inégalités.

Un mécanisme libérateur

C'est en effet au nom d'un dynamisme et d'une créativité à retrouver qu'est d'abord assurée la promotion de la tarification à l'activité. A cet égard, cette réforme, pièce majeure du plan hôpital 2007, que les initiés évoquent en employant un sigle techno «la T2A », est présentée comme un dispositif émancipateur : les hôpitaux vont être progressivement délivrés de ce carcan qui les opprimait depuis 20 ans, ce budget global unanimement voué aux gémonies qui faisait obstacle à leurs projets de développement en les condamnant à la pénurie et en figeant les inégalités.

Cette réforme a, rappelons-le, été initiée avec l'appui des professionnels de santé et des organisations représentatives qui réclamaient depuis longue date une tarification à la pathologie. Elle peut donc de prime abord susciter un légitime enthousiasme. Finies l'oppression des provinces, les rentes de situation et les inégalités féodales. Place maintenant au fourmillement des projets sur la France entière dans une abondance retrouvée avec la juste rétribution des plus performants.

Ce bel enthousiasme est sans doute roboratif, mais ne nous méprenons pas : avec la tarification à l'activité, la tutelle nous met d'abord au défi de démontrer que nous sommes effectivement aussi dynamiques et créatifs que nous l'affirmons.

Une nouvelle approche de la gestion

Avec la réforme de la tarification, l'hôpital va d'abord faire la découverte, certainement enivrante dans un premier temps, de la maîtrise et de la responsabilité de son budget puisque ses moyens de fonctionnement ne dépendront plus des décisions arbitraires de l'ARH mais seront directement conditionnées par son activité et sa production médicale.

Il s'agit là, soulignons-le, d'une démarche entièrement nouvelle pour une structure publique. La T2A se distingue ainsi radicalement du financement par le prix de journée que les hôpitaux ont connu jusqu'au début des années 80. Les prix de journée étaient en effet déterminés par rapport à une enveloppe autorisée de dépenses et chaque hôpital bénéficiait ainsi de ses prix de journée propres, les hôpitaux riches affichant des prix de journée élevés et les hôpitaux pauvres se contentant de prix de journée bas.

C'est en fait à un renversement copernicien de nos perspectives de gestion que conduit la réforme de la T2A. Nous avons ainsi été habitués à raisonner dans un cadre public où les recettes d'un établissement ne constituaient qu'une préoccupation seconde. Pour leur plus grande part (la dotation globale et les produits hospitaliers), elles ne sont pas en effet pas générées par l'activité propre de l'hôpital et la facturation à prix coûtant de ses prestations mais elles sont déterminées, a posteriori, par calcul arithmétique, une simple opération de soustraction effectuée à partir de l'enveloppe globale des dépenses autorisées. Par l'adoption d'une démarche déconcertante, exactement inverse de celle d'une entreprise du secteur privé ou d'un particulier, le montant des recettes dépend donc, en gestion publique, du montant préalablement négocié des dépenses de l'établissement.

L'introduction de la tarification à l'activité remet donc en quelque sorte « sur ses pieds » la gestion hospitalière en positionnant celle-ci au plus près de la source de sa richesse, sa production médicale, et en instaurant des conditions de gestion comparables à celles d'une entreprise privée dont le chiffre d'affaires et la production vendue financent les consommations externes et rémunèrent un certain volume d'emplois. En outre, il ne suffira pas de faire du chiffre d'affaires, il faudra être rentable et éviter de vendre à perte pour dégager un résultat de gestion positif.

Un nouveau document budgétaire – la comptabilité analytique support de la gestion

On comprend ainsi que la T2A doit à terme modifier sensiblement la logique et les modalités pratiques d'allocation budgétaire. L'ancien document « budget primitif » qui fixait le cadre de la gestion budgétaire d'un exercice va ainsi disparaître dès l'an prochain, remplacé par l'E.P.R.D. (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Du reste, les négociations budgétaires avec l'autorité de tutelle portant sur une évolution prévisionnelle des dépenses vont perdre toute pertinence. Finis donc ces dialogues de sourds où l'ARH opposait avec entêtement son « taux réducteur » et sa dotation régionale aux revendications des hôpitaux opprimés, implorant un rebasage budgétaire (pour cause de G.V.T., de mesures salariales, de molécules onéreuses etc..) ou le financement d'une liste à la Prévert de mesures nouvelles (la qualité d'un projet de budget se mesurant à son poids).

Cette introduction à une véritable logique d'entreprise est à porter au crédit de la T2A. Les hôpitaux vont dans ce contexte pouvoir choisir, en toute liberté, de développer les pôles d'activité qui leur semblent, d'un point de vue financier, les plus porteurs. Pour ne pas gérer à l'aveugle et subir passivement la tarification à l'activité, les établissements hospitaliers devront pouvoir rapporter leurs coûts aux pathologies qu'ils traitent et se doter à cette fin d'une comptabilité analytique performante. Les hôpitaux cesseront donc d'être des boîtes noires et de ce point de vue, l'introduction de la T2A apportera une réelle transparence de gestion.

Une machine à corriger les inégalités

Cependant, il ne faut pas dissimuler l'ambiguïté des objectifs de cette réforme : plus que l'aliment et le moteur d'un nouveau dynamisme des hôpitaux, la T2A sera avant tout une formidable machine à corriger les inégalités, une machine beaucoup plus efficace que les mécanismes de péréquation interrégionale mis en place ces dernières années. La correction des inégalités de dotation régionale avait été initiée en 1997, dans le prolongement du Plan Juppé, avec une modulation des taux d'évolution au profit des régions défavorisées. L'objectif d'une répartition équitable des ressources entre les régions s'est toutefois révélé un mirage et a été régulièrement repoussé, passant de 17 années en 1997 à trente années aujourd'hui, autant dire jamais. En outre,

il fallait que soient réduites en même temps les inégalités internes à chaque région, supérieures aux inégalités interrégionales.

Des ressources liées à l'activité

Dans son architecture, le mécanisme économique de la tarification à l'activité reposera pour l'essentiel sur un financement à l'activité mesurée sur la base du PMSI. Le Groupe Homogène de Malades (le GHM) ne sera toutefois pas la référence exacte de cette tarification. Un nouveau concept est en l'occurrence introduit, celui de groupe homogène de séjour (GHS) qui, sommairement, constitue une extension de la notion de GHM.

Par ailleurs, un **financement spécifique de certaines activités** sera mis en place.

* Il s'agit d'abord d'activités non ou mal couvertes par les GHM :

- Urgences : forfait de base + tarif au passage
- Réanimation : journées supplémentaires + GHS
- Soins palliatifs : 1 GHM et 2 GHS
- Prélèvements d'organes : principe d'un tarif par donneur facturé à l'AM.

* Il s'agit ensuite de l'activité externe (sur la base de la NGAP puis de la CCAM)

* il s'agit enfin de quelques médicaments coûteux ou innovants et de dispositifs médicaux implantables qui feront l'objet d'un paiement en sus.

Le maintien d'un financement par dotation globale

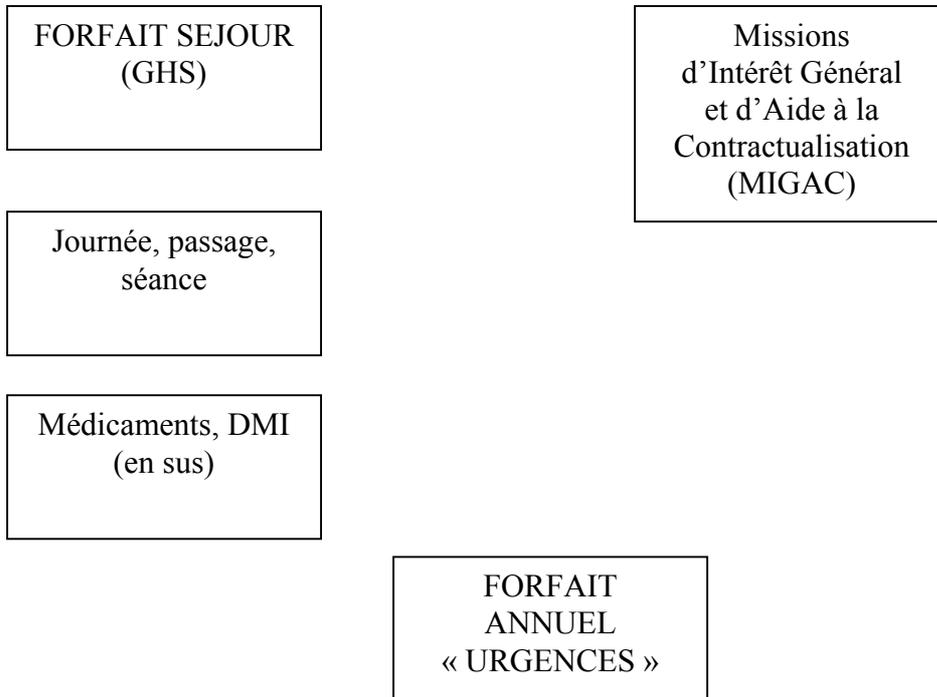
Ces différentes sources de financement, dont la principale est constituée par les GHS, sont directement liées à l'activité réalisée. Cependant, il est prévu de maintenir (par précaution ?) une enveloppe globale de financement en dehors du principe général d'un tarification à l'activité.

Un financement mixte est donc appelé à subsister, avec la survivance d'une dotation globale portant le nom ridicule de MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation). Le contenu de cette mystérieuse MIGAC est sans cesse élargi au fur et à mesure de l'avancement des travaux de la direction de l'hospitalisation mais elle est d'ores et déjà devenue un véritable fourre-tout regroupant l'enseignement, la recherche, l'innovation, le rôle de recours, l'aide à la contractualisation, la section 2 des retraitements comptables etc...On aura compris que cette enveloppe gérée par l'ARH qui la répartira contractuellement servira également d'éventuelle soupape budgétaire, même si elle est appelée à se réduire tendanciellement au fur et à mesure de la mise en place de la réforme.

En outre, pour rendre moins douloureux le passage du système de dotation globale à la T2A, sera maintenue, durant une période transitoire (10 ans), un financement par dotation globale, décroissant dans le temps.

Financements directement liés à l'activité

Autres financements (dotations)



Des tarifs égaux pour tous

La complexité apparente de ces dispositifs multiples de financement, dont certains constituent des avancées positives (notamment le financement spécifique des urgences), ne doivent pas masquer l'essentiel : à l'issue de la réforme, les établissements hospitaliers publics et PSPH factureront les GHS et les autres prestations sur la base de tarifs nationaux. Cela signifie simplement que l'hôpital de Saint-Affrique facturera ses prestations aux mêmes tarifs que l'Assistance Publique de Paris. Il est cependant vraisemblable que ce dispositif sera accueilli avec un enthousiasme inégal par les deux établissements.

On saisit tout de suite en l'occurrence le principe égalitariste sur lequel repose la T2A. Il est cependant évident que l'application brutale de ce principe égalitariste risque d'avoir des conséquences explosives pour les établissements riches. Les établissements riches sont aujourd'hui identifiés par la valeur de leur point ISA et ils correspondent pour l'essentiel à la plupart des hôpitaux de la région parisienne et de nombreux établissements des régions Rhône-Alpes, PACA, Lorraine, Normandie. La région parisienne affiche ainsi une surdotation d'environ 11% par rapport à la valeur moyenne nationale du point ISA (2,02 €) et voisine de 25 % par rapport à la région la plus pauvre, Poitou-Charentes.

Si les péréquations régionales se sont révélées impuissantes à corriger les inégalités en raison de leur excessive lenteur, la T2A va quant à elle donner un grand coup d'accélérateur au mouvement de correction en exerçant, grâce aux tarifs nationaux, un redoutable effet de nivellement généralisé des ressources. Ce nivellement peut

mettre en péril budgétaire et financier de nombreux établissements comme il peut aussi en enrichir indûment certains et générer de nouvelles rentes de situation.

Des risques budgétaires et financiers non négligeables

La dotation globale avait sans doute en effet de nombreux défauts mais elle avait du moins le mérite de garantir stabilité budgétaire et visibilité financière aux établissements hospitaliers. Un accident financier majeur était a priori exclu et ne s'est du reste jamais produit. Il faut en outre rappeler que grâce à la dotation globale, les hôpitaux avaient assez largement assaini leur trésorerie au point qu'ils payaient leurs fournisseurs dans des délais tout à fait honorables, proches de 60 jours et comparables à ceux du secteur privé.

Avec la tarification à l'activité, ce dispositif de sécurité disparaît et nombre d'hôpitaux pourront être soumis à une pression budgétaire et financière considérable. Des résultats de gestion déficitaires compris entre 10 et 15 % du budget pour les hôpitaux de la région Ile-de-France deviennent ainsi tout à fait concevables, d'autant que leur situation actuelle est défavorable et obérée par d'importants reports de charges. Dans cette hypothèse, de nombreux hôpitaux franciliens seraient en état de quasi dépôt de bilan ce qui se pourrait se traduire par exemple par des difficultés pour assurer le remboursement des emprunts ou la paie des personnels en fin d'année ou bien encore par des délais de paiement très élevés envers les fournisseurs.

Inquiétudes sur l'investissement

Il faut en outre redouter que la tarification à l'activité n'ait une incidence négative sur l'investissement hospitalier annulant les effets bénéfiques du plan hôpital 2007. Il est en effet précisé que les GHS, principale source de financement des hôpitaux, intègrent les coûts de structure (amortissements et frais financiers notamment). Cette disposition constitue une véritable prime à la vétusté et au sous-équipement et dans ce cadre, la stratégie budgétaire naturelle mais perverse des gestionnaires conduira à comprimer les coûts de structure ce qui sera préjudiciable au patrimoine hospitalier.

Il ne s'agit pas de considérations catastrophistes, formulées dans une intention polémique, mais d'un risque réel, celui de l'écroulement financier complet de quelques hôpitaux, écroulement improbable avec la dotation globale mais dont la survenue ne peut être écartée avec la tarification à l'activité.

La vérité est que pour éviter ce risque, les hôpitaux riches, plus nombreux qu'on ne l'imagine, devront effectuer des efforts d'adaptation considérables, ce qui conduira notamment dans certaines régions, il ne faut pas le dissimuler, à procéder à des compressions massives d'effectifs médicaux et non médicaux.

Une période de transition indispensable

Cette adaptation ne saurait être immédiate et c'est pourquoi il est clair que la tarification à l'activité ne saurait être mise en œuvre dès demain dans toutes ses conséquences sans provoquer d'importants mouvements sociaux.

La direction de l'hospitalisation en a visiblement pris conscience et c'est pourquoi elle n'envisage qu'une montée en charge progressive du dispositif. Une période transitoire de 10 ans est ainsi prévue avec le maintien de

ressources allouées forfaitairement, « la dotation annuelle complémentaire », dont la part réduite d'année en année (90 % en 2004) devrait s'éteindre en 2014 (!). Les recettes issues de la facturation des tarifs augmenteront quant à elles en proportion inverse de la diminution tendancielle de la dotation annuelle. En outre, il est également envisagé de mettre en place, pour certains établissements, un coefficient correcteur géographique prenant en compte certains surcoûts structurels. Une grande prudence semble donc être de mise dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité, au point qu'elle peut faire douter des convictions du législateur, mais elle n'exonère nullement les hôpitaux d'un effort important d'adaptation même si celui-ci sera étalé dans le temps.

Cependant, c'est moins au niveau de ses modalités de mise en œuvre que sur le plan de ses principes qu'il faut porter un jugement sur la T2A.

Un égalitarisme forcené

L'ajustement généralisé des ressources hospitalières constitue ainsi une mesure égalitaire. Mais le système hospitalier français peut-il être strictement égalitaire tant en raison de la diversité des établissements qui le composent qu'en raison du souci qui doit animer les équipes médicales d'améliorer la qualité des soins dispensés ? Certes, nul n'ignore que certains établissements sont sensiblement mieux dotés en moyens humains et matériels. Cependant, si cette situation est contraire au principe d'égalité, elle n'est toutefois pas obligatoirement inéquitable. C'est à l'AP-HP, et non à l'hôpital de Saint-Affrique, que nous choisirons en règle générale d'aller nous faire soigner parce que nous n'ignorons pas qu'aux coûts élevés de l'AP-HP correspond une excellence des soins médicaux dispensés. Cependant, si l'on réduit de manière drastique les ressources de l'AP-HP, nous n'aurons plus, en tant que malades, cette garantie de bénéficier de soins de qualité. Ces remarques critiques ne sauraient se résumer à faire l'impasse sur les inégalités qui traversent le monde hospitalier. Il semble simplement important aujourd'hui de les aborder différemment pour mieux les traiter. Cela pourrait conduire notamment à proposer de passer du principe d'égalité à un principe d'équité mieux à même de concilier, au sein du monde hospitalier, justice économique et efficacité.

Une inflation productiviste

La T2A repose en outre sur une logique productiviste. Si la dotation globale contribuait à freiner l'activité des hôpitaux (ce qui s'est traduit par une baisse spectaculaire de la D.M.S.) la T2A va au contraire les inciter à développer le plus possible leur activité en multipliant les séjours et les actes.

Il y aura donc un risque inflationniste important pour l'assurance-maladie. Cependant les dépenses hospitalières demeureront bien encadrées par l'O.N.D.A.M. (Objectif National de Dépenses d'Assurance-Maladie) soumis au vote du Parlement en sa session d'automne. La direction de l'hospitalisation espère parer ce risque de dérapage généralisé des dépenses en procédant à des ajustements de tarifs en cours ou en début d'année. Il est en effet bien précisé que les tarifs nationaux des GHS sont déterminés par rapport à l'échelle nationale des coûts mais ne se confondent pas avec eux. Un suivi efficace des dépenses hospitalières sera en tout état de cause très complexe à mettre en œuvre et surtout il est à craindre que des variations incessantes des tarifs ne privent les hôpitaux de toute visibilité de gestion : une activité rentable en début d'année se transforme en cours d'exercice en foyer de pertes.

Les tarifs nationaux vont ainsi « dicter » l'activité hospitalière et les hôpitaux seront dès lors pris dans une course poursuite incessante à la recherche des meilleurs créneaux qui, sitôt identifiés, s'évanouiront.

Quelles garanties offertes au malade ?

Du point de vue du malade, deux craintes doivent en outre être exprimées :

- en régime de dotation globale, le malade a au moins une assurance : celle d'être traité pour une pathologie dont il souffre effectivement. Qu'en sera-t-il avec la T2A et la pression sur les équipes soignantes pour qu'elles augmentent leur activité ? N'y aura-t-il pas, comme on a pu le constater aux Etats-Unis, multiplications d'actes et d'interventions non justifiés ?

- le positionnement par rapport à des tarifs nationaux va induire des critères de rentabilité qui peuvent conduire à écarter certaines techniques innovantes mais coûteuses. La T2A aura en outre de puissants effets normalisateurs des pratiques médicales. Comment pourront émerger, dans ce contexte, de nouvelles techniques médicales ? La chirurgie orthopédique assistée par la robotique a par exemple pour avantage de permettre de travailler avec une précision extrême, ce qui garantit un très bon ajustement des prothèses et permet au malade de retrouver ensuite un excellent confort de mouvement sans souffrir de complications biomécaniques ultérieures. Il n'est pas sûr que cette technologie nouvelle mais qui impose de nouveaux standards de qualité soit financée par les GHS qui seront fixés, ce qui sera préjudiciable aux malades et à l'établissement qui a fait le choix de l'innovation.

Conclusion : des créations d'emplois administratifs

Comme on le voit le passage d'un mécanisme étatique de régulation (la dotation globale) à un mécanisme économique (la T2A) soulève beaucoup de problèmes de fond sans garantir une meilleure maîtrise des dépenses de santé. Nous pouvons du moins avoir une certitude : la tarification à l'activité permettra de créer de nombreux emplois, ...administratifs : dans les hôpitaux qui vont devoir développer un contrôle de gestion, dans les services de tutelle pour un contrôle des données d'activité transmises et dans les caisses de sécurité sociale pour traiter une gigantesque facturation.

Jean-Pierre GRAFFIN
directeur des finances
de l'hôpital Simone Veil