



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**Accompagner la réforme de la
tarification par le développement
d'outils de gestion de la performance :
le cas du Centre Hospitalier de Dax**

Simon BEAUDRAP

Remerciements

Je les adresse à l'ensemble du conseil de direction du Centre Hospitalier de Dax, et tout particulièrement à André Drouin, Directeur des Services Economiques, mon maître de stage ; à Serge Roulet, Directeur des Affaires Financières, pour avoir consacré une large part de son temps à l'échange autour de ce thème complexe ; à Francis Salles, Directeur Général, pour ses avis éclairés.

Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe de la direction financière, pour sa sympathie ; en particulier Nadine Brivet-Dufourcet pour son soutien méthodologique et technique.

Sommaire

1	MODALITES DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS.....	5
1.1	Genèse de la réforme	5
1.1.1	Les influences extérieures.	5
1.1.2	Fondements théoriques.....	6
A)	Modalités de régulation de l'offre de soins.....	6
B)	Une nécessité de contrôle pour endiguer les dérives d'une nouvelle régulation	9
1.2	Objectifs de la réforme et définition des modalités principales.....	10
1.2.1	Un nouveau schéma de régulation.	10
A)	Un principe : PMSI et ENC comme piliers techniques de la réforme.....	10
B)	Une régulation commune aux structures publiques et privées.....	16
C)	De nouvelles modalités d'allocation des ressources : « De la régulation administrée à l'autonomie »?	20
1.2.2	Une méthode pédagogique : la montée en charge progressive de la tarification à l'activité.....	21
A)	2004 : le maintien d'une dotation globale, ajustée à l'activité passée.....	22
B)	2005 et 2006 : une part croissante des recettes soumises à l'activité de l'année.....	23
2	LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UN DEFI D'ORGANISATION POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	24
2.1	Une optimisation nécessaire de la gestion interne des établissements de santé.....	24
2.1.1	Des modifications techniques d'ampleur	24
A)	L'évolution du système d'information hospitalier.	24
B)	Une réorganisation des méthodes de suivi comptable et financier des établissements de santé.....	29
2.1.2	Du suivi des dépenses à une approche en termes de coût	31
A)	L'introduction d'une notion de rentabilité.....	31
B)	Le développement nécessaire d'une gestion médicalisée des dépenses et des recettes	32
2.2	La responsabilisation des acteurs : les impacts de la tarification à l'activité sur l'organisation et le management.....	36

2.2.1	Principes d'une délégation responsabilisée de la gestion	36
A)	Un fondement : des outils d'analyse de gestion fiables et éprouvés	36
B)	Un acte d'engagement : le contrat de gestion	36
C)	Des contours cohérents : la notion de pôle d'activités	37
2.2.2	Une refonte de l'organigramme général.....	37
A)	L'articulation pôle / direction	37
B)	Organisation interne du pôle	37
3	FONDEMENTS D'UNE AMELIORATION DES OUTILS DE GESTION : LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER DE DAX.....	38
3.1	Un contexte favorable	38
3.1.1	Des outils de gestion préexistants	38
A)	Des compétences techniques éprouvées.....	39
B)	Tableaux de bord et prescriptions informatisées.....	39
C)	Un soutien institutionnel affirmé.....	41
3.2	Améliorer les outils préexistants : deux axes complémentaires.....	42
3.2.1	Développer l'outil prescriptions informatisées.....	42
A)	Remporter l'adhésion des utilisateurs par l'adaptation du produit aux besoins exprimés	43
B)	Affiner la connaissance des coûts de médicaments : une concertation nécessaire entre la cellule de contrôle de gestion, la pharmacie hospitalière, les médecins prescripteurs et le DIM	44
C)	Etendre le champ des prescriptions valorisées : l'intégration des actes médico techniques	46
3.2.2	Rapprocher connaissance des coûts et de l'activité : le développement des tableaux de gestion. Modalités pratiques d'élaboration.....	47
A)	Contours du projet.....	48
B)	L'élaboration de tableaux coût / case mix : synthèse méthodologique.....	49
C)	Modalités d'élaboration des coûts au séjour	50
D)	Bilan des modalités de rattachement d'activité et de charges	55
3.3	Une mise en œuvre nécessairement progressive.....	57
3.3.1	Une phase test nécessaire : fiabiliser les informations communiquées	57
3.3.2	Un préalable : la concertation des acteurs.....	57
3.4	Une démarche concertée autour d'objectifs de performance.....	58
3.4.1	La comptabilité analytique : une approche parmi d'autres	58
3.4.2	Pour une approche en termes de performance : apprécier une dépense par rapport au service rendu.....	59

A) Articuler des réflexions institutionnelles : la recherche de performance, une démarche pluridisciplinaire.	59
B) Associer les utilisateurs à la définition du projet : la recherche de performance dans une démarche participative.	61
CONCLUSION	63
BIBLIOGRAPHIE.....	65
LISTE DES ANNEXES.....	69

Liste des sigles utilisés

Par ordre alphabétique :

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CdAM : Catalogue des Actes Médicaux

CME : Commission Médicale d'Etablissement

COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DIM : Département d'Information Médicale

DM : Décision Modificative

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRG : Diagnosis Related Group

EPIC : Etablissement Public Industriel et Commercial

EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHS : Groupe Homogène de Séjours

GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier

GPU : Groupe de Passages aux Urgences

ICR : Indice de Coûts Relatifs

ISA : Indice Synthétique d'Activité

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PASS : Permanence d'Accès aux Soins

PERNNS : Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RHS : Résumé Hebdomadaire de Séjour

RSS : Résumé Standardisé de Sortie

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SA : Section d'Analyse

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIH : Système d'Information Hospitalier

SIO : Système d'Information et d'Organisation

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

T2A : Tarification A l'Activité

Introduction

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999, portant création de la couverture maladie universelle, prévoyait, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, une possibilité pour le gouvernement d'expérimenter de nouvelles modalités de financement des établissements de santé, fondées sur une tarification à la pathologie.

En effet, la dotation globale semble avoir démontré à la fois son efficacité dans l'objectif qui lui était assigné, mais également ses limites.

Elle est désormais perçue comme “un système de financement sclérosant”¹.

Certes, cette modalité d'allocation des ressources, instaurée en 1983, semble avoir rempli le principal objectif de la réforme d'alors : freiner la progression des dépenses hospitalières. Si dans les années 1970, celle-ci atteignait en moyenne 20% annuels, elle a été contenue depuis la mise en place de la dotation globale, avec un rythme de croissance moyen annuel de 4%. Avec des versements réguliers de l'assurance maladie, la situation de trésorerie des hôpitaux s'est améliorée (malgré le poids que représentent les créances de l'article 58). De plus, dans ce contexte contraignant, les hôpitaux ont dû engager des réflexions sur les coûts de la prise en charge.

Cependant, même si son objectif principal est atteint, la dotation globale fait l'objet de nombreuses critiques.

D'une part, elle est perçue comme un mécanisme d'encadrement strict des dépenses, allant à l'encontre des mutations et bloquant les restructurations nécessaires aux établissements de santé.

D'autre part, la faiblesse des mécanismes de péréquation des ressources interrégionales et inter-établissements, malgré la réforme de 1996, n'a pu mettre fin aux déséquilibres de dotation entre les établissements. De fait, les écarts historiques de dotation n'ont pu être comblés ; ils ont parfois été aggravés. En effet, la dotation globale ne repose pas sur une appréciation fine de l'activité des hôpitaux. Certes, la réforme de 1996, chargeant les autorités régionales de répartir les allocations budgétaires selon le SROS et l'activité des établissements, visait à réduire ces inégalités. Cependant, le modèle de régulation fondé sur la comparaison entre coûts local et régional du point ISA semble insuffisant. De plus, une grande marge de manoeuvre est laissée aux établissements quant à la construction

¹ J.F. Mattéi, Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation, 20 novembre 2002

de la valeur locale du point ISA. Dès lors, on peut douter de la justesse des bases de la péréquation infra régionale.

L'insuffisante prise en compte de l'évolution de l'activité des établissements a poussé la Cour des Comptes, dans son rapport sur la Sécurité Sociale de 2002, à juger que "les rentes de situation, qui existaient au profit de certains établissements avant [la] mise en oeuvre [de la dotation globale] en 1983, n'ont sans doute pas été apurées, malgré l'apport du PMSI. Les établissements dont l'activité décroît peuvent connaître une relative aisance financière ; à l'inverse, les établissements dont l'activité croît, souvent en raison de meilleures pratiques, peuvent être pénalisés financièrement." Les économistes de la santé relèvent en effet, que le maintien des déséquilibres historiques conduit les établissements à des comportements inefficaces : les établissements "sur-dotés" tenteraient de justifier leurs surcoûts, quand les hôpitaux "sous-dotés" chercheraient à réduire leur activité afin de respecter leur enveloppe budgétaire.

Gaspillages et rentes d'une part, rationnements de l'autre, révèlent que la régulation de la dépense publique d'hospitalisation s'avère inefficace dans un système de dotation globale.

De plus, l'instauration de la dotation globale a placé le système français dans une situation particulière, faisant coexister deux modèles d'allocation de ressources intrinsèquement différents. Le secteur public est contraint par une enveloppe rigide, quand le secteur privé d'hospitalisation continue à être rémunéré à la journée et à l'acte. Ceci engendre de fortes inégalités dans les moyens de fonctionnement des établissements. De plus, les tarifs appliqués pour le secteur privé ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des coûts des établissements, les conduisant de la sorte à se spécialiser sur des créneaux fortement rémunérateurs, au détriment d'une logique d'adaptation de l'offre aux besoins. Ainsi, cette dualité de financement de l'hospitalisation induit des effets néfastes sur le plan de l'offre de soins.

Dans ce contexte, une réflexion sur des modalités nouvelles d'allocation des ressources entre les établissements de santé s'est imposée.

L'occasion fournie par la loi instaurant la Couverture Maladie Universelle a en conséquence été saisie. En janvier 2000 a été créé le Comité de Pilotage de la Tarification à la Pathologie, renommée par la suite tarification à l'activité. Celui-ci était chargé de définir les contours de l'expérimentation. Ses travaux ont été assis sur trois principes :

- Le système de tarification doit reposer principalement sur le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).
- Il combine une tarification au Groupe Homogène de Malades (GHM) pour les activités de soins, et des financements spécifiques pour les activités de service public et d'intérêt général.
- L'objectif final consiste, à terme, en l'utilisation d'une grille tarifaire unique pour l'hospitalisation publique et privée, avec au besoin une période de transition pour tenir compte des différences fortes existant entre les deux secteurs.

Une phase d'expérimentation s'est avérée nécessaire pour déterminer les préalables techniques à l'application de ces principes. Trois importants chantiers ont été menés en 2003 au sein de 60 établissements et 6 régions, expérimentateurs de la réforme. Il s'est agi de tester les modalités nouvelles de description de l'activité, de fixer les principes de détermination des tarifs et financements spécifiques, ainsi que d'évaluer la faisabilité des nouvelles modalités de facturation et d'élaboration budgétaire.

L'ampleur de la réforme des modalités de financement des hôpitaux doit être justement appréciée. La tarification à l'activité semble innover le dispositif global d'amélioration du fonctionnement des établissements de santé, tel que le plan Hôpital 2007 le décrit.

La suppression de la carte sanitaire résulte en quelque sorte de l'introduction d'une logique contractuelle entre établissements et autorités de régulation, conséquence directe des nouvelles modalités de financement des hôpitaux.

L'élargissement des possibilités offertes par la forme juridique rénovée du Groupement de Coopération Sanitaire, rend compte des défis à venir pour les établissements de santé : l'instauration d'une rémunération à l'activité y introduit une notion de rentabilité ; pour assurer le maintien d'activités nécessaires mais coûteuses, et ainsi répondre malgré tout aux besoins des bassins de population, des rapprochements public / privé sont fortement envisageables.

Les propositions visant à réformer la "gouvernance" des hôpitaux publics, semblent être la conclusion tirée des conséquences organisationnelles de la tarification à l'activité. L'approche médico-économique de la gestion hospitalière nécessite en effet un rapprochement de la communauté médicale et des équipes de direction. C'est ce à quoi vise le projet d'association des représentants de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) au Comité de Direction, désormais institutionnalisé. Elle suppose de plus un suivi au plus près des coûts de prise en charge : une déconcentration budgétaire fondée sur une contractualisation entre direction et pôles d'activité médicalement cohérents et responsables en est la traduction.

Enfin, la réforme du cadre budgétaire et comptable à venir, découle directement de l'instauration de la tarification à l'activité.

En conséquence, malgré les imprécisions et incertitudes pesant sur les modalités pratiques de mise en oeuvre de la réforme tarifaire (partie 1), les établissements publics de santé doivent se préparer à une rénovation importante du mode de gestion et d'organisation (partie 2). La tarification à l'activité suppose en effet une transformation d'ensemble de l'architecture du système d'information hospitalier (SIH), de nouvelles modalités de suivi budgétaire et d'analyse de gestion, ainsi qu'un affinement des procédés de gestion de trésorerie. A cette fin, au Centre Hospitalier de Dax, déjà engagé dans des projets d'amélioration de la connaissance des coûts et de l'activité de ses services, peuvent être explorées deux pistes complémentaires : l'amélioration de la connaissance prospective des coûts, et le développement du suivi analytique, médico économique, de l'activité des services, préalable à la mise en place de tableaux de gestion de la performance (partie 3).

1 MODALITES DE LA REFORME DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS

1.1 Genèse de la réforme

1.1.1 Les influences extérieures.

Le principe de la tarification à l'activité tend à se répandre dans de nombreux pays "développés". Même si la justification de l'adoption d'un tel système repose, selon les cas, sur des objectifs différents, il semble que tous se soient inspirés du modèle américain, innovant dans ce domaine, puisqu'il y a été adopté depuis une quinzaine d'année.

Aux Etats Unis, le modèle du Prospective Payment System de Medicare, pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées, tentait de répondre à un besoin de limitation de la croissance des dépenses hospitalières. Il s'est largement appuyé sur le découpage des séjours en Diagnosis Related Groups (DRG), traduisant une homogénéité à la fois économique (équivalence des ressources consommées) et médicale des cas pris en charge. Les DRG ont été considérés comme les produits de l'activité des établissements de santé. Un coût de référence par DRG a été appliqué. Pour tenir compte des spécificités locales des conditions de prise en charge, pesant sur la formation des coûts, des modulations tarifaires ont été envisagées. Deux facteurs se sont en effet avérés discriminants : la région d'implantation de l'établissement d'une part, la dominance rurale ou urbaine du secteur spécifique d'autre part. En conséquence, une première modulation des tarifs, coefficient géographique en quelque sorte, vise à adapter la rémunération des produits de soins au niveau régional des charges salariales, des coûts du foncier, et des prix sur le marché hospitalier. Un second coefficient, lié à la structure de l'habitat, s'applique à un niveau variable selon que l'établissement se situe en zone rurale ou urbaine, pour tenir compte, par exemple, de la disparité des frais de transport d'usagers.

Ce dispositif ne concerne pas tous les frais inhérents au fonctionnement des établissements.

L'hétérogénéité des cas couverts par certains DRG limite la pertinence d'une rémunération à l'activité. La proportion de séjours extrêmes étant variable selon les DRG, et l'impact de ces séjours sur les coûts observés important, une variance forte intra-DRG a parfois été relevée, remettant en cause l'homogénéité économique présumée de chacun de ces groupes de cas. En conséquence, des rémunérations complémentaires

sont versées pour compenser l'écart entre le tarif du DRG et la réalité du coût en cas de séjours extrêmes.

Des mécanismes complémentaires sont en outre prévus pour assurer le financement des séjours de moins de 24h, mal décrits par les DRG, et les activités d'enseignement et de recherche assumées par l'établissement.

L'Allemagne, la Suède, la Suisse, la Norvège, le Danemark, le Québec, la Grande Bretagne, le Portugal, la Belgique, l'Irlande, l'Italie font d'ores et déjà reposer leur système de régulation des dépenses hospitalières sur la classification des groupes de séjours. Certes, des variations peuvent être constatées dans les algorithmes de groupage qui fondent la classification des cas médicaux. Cela tient à des exigences particulières de certains des pays sus-cités dans la prise en compte de la gravité des cas traités. Mais l'articulation essentielle entre classification et tarif reste un principe intangible.

Cependant, les modalités d'utilisation de la classification comme outil de financement diffèrent d'un pays à l'autre. On distingue les pays dans lesquels la tarification à l'activité constitue l'unique modalité de financement, et ceux qui ont choisi de combiner dans un schéma mixte budget global et paiement prospectif. Ainsi le cas du Québec, qui combine 60% de financement à l'activité, et 40% sur la base de dotations historiques.

Le choix du champ de couverture du principe de rémunération à l'activité résulte directement des objectifs économiques généraux assignés au mode de financement.

1.1.2 Fondements théoriques

L'analyse économique du principe de tarification à l'activité donne un éclairage intéressant sur ses modalités pratiques de mise en œuvre au regard de l'objectif qu'il poursuit, les effets indésirables qu'il engendre, et ainsi les moyens à prévoir pour éviter que l'objectif ne soit détourné au profit des prestataires de soins.

A) Modalités de régulation de l'offre de soins

a) *La santé, un marché spécifique : le poids des incertitudes*

En France, la réforme des modalités de financement vise deux objectifs principaux : une meilleure répartition des ressources entre établissements, et l'incitation des responsables hospitaliers à des efforts de gestion. Mieux répartir les ressources implique de connaître les motifs d'une inégalité de dotation entre les hôpitaux. Inciter à mieux gérer les établissements suppose que les tarifs fixés permettent aux gestionnaires de disposer de marges de manoeuvre.

Dans le cas particulier du système de santé, ces objectifs semblent difficilement compatibles.

En effet, le marché des biens de santé se présente, à la différence des marchés classiques, comme la confrontation non de deux acteurs mais de trois. Le consommateur n'est pas seul face au producteur. La dépense de santé étant socialisée, c'est la Sécurité Sociale qui demeure le payeur. L'arbitrage économique classique fait par le consommateur entre son besoin et le prix qu'il est prêt à payer pour le satisfaire (ie coût d'opportunité de la dépense) n'existe pas dans ce système.

Non seulement, le consommateur de soins n'est pas en mesure d'apprécier son besoin : il ne le ressent parfois même pas ; la perception subjective de son état de santé n'en fonde pas la réalité objective, même si elle est susceptible de l'influencer. Elle résulte principalement d'un constat fait par une tierce personne, le médecin, détenteur d'un savoir sur le consommateur dont celui-ci lui même ne dispose pas.

Mais de plus, ce dernier ne connaît pas le prix de la prestation, puisqu'il ne la prend pas en charge. Dans un tel contexte, il a intérêt à se laisser guider par les recommandations du prestataire des soins.

Or, ce rôle d'arbitrage habituellement dévolu au consommateur, ne peut pas non plus être assuré par la Sécurité Sociale. En effet, il lui est difficile, voire en pratique impossible de juger de l'opportunité du soins ; et de plus, elle n'est pas en mesure de connaître les composantes du coût de la prise en charge assumé par le producteur.

La dotation globale permettait jusqu'à présent à la Sécurité Sociale d'écarter ce problème. Dans une enveloppe fermée, déconnectée de l'activité, et peu sensible aux variations de coûts, il ne restait qu'au producteur le pouvoir d'ajuster l'offre à ses capacités de financement. Cependant, ce mécanisme présente de nombreuses limites évoquées précédemment, et conduit, en cas de mauvaise évaluation de l'enveloppe, à freiner les restructurations hospitalières pourtant rendues nécessaires par les besoins de santé de la population.

Mais dans un tel contexte d'incertitudes, il est difficile pour le régulateur, de fixer un tarif qui permette à la fois d'inciter à produire moins cher, et de compenser les inégalités entre ressources.

En effet, il existe dans le système de production de soins deux mécanismes indépendants qui participent à la formation du coût local de prise en charge. Tout d'abord, les efforts d'optimisation de la gestion interne, nécessairement différents d'un établissement à un autre. En second lieu, les contraintes exogènes spécifiques pesant sur chaque structure : soigner une personne âgée revient globalement plus cher qu'un jeune adulte ; la composition socio-démographique du bassin d'attraction d'un établissement hospitalier

est donc, entre autres, un élément explicatif du coût, mais un élément que le producteur ne maîtrise pas.

b) Incitation à la bonne gestion et meilleure allocation des ressources : la concurrence par comparaison

Dans un mécanisme où le régulateur entend fixer un tarif permettant de combiner incitation et répartition, il se doit de le mettre en rapport avec le coût moyen estimé de la prestation à laquelle il souhaite rattacher un prix. Pour le producteur de soins, ce tarif reflète donc la performance de ses potentiels « concurrents ». C'est par comparaison avec la performance moyenne qu'il peut gérer ses dépenses. Dans le cas du marché de la santé, il lui est difficile de le faire, car il ne peut en premier lieu estimer la part des efforts internes de gestion et des contraintes exogènes dans les coûts constatés, et car les contraintes exogènes, d'autre part, ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire (certes, les mesures de revalorisation salariale de certaines catégories de personnel, sur lesquelles le régulateur n'a aucune influence, concernent de manière identique tous les hôpitaux ; mais les caractéristiques socio-économiques du bassin de population varient, elles, selon les lieux d'implantation de chaque établissement).

Cette double incertitude est qualifiée d'idiosyncrasique. La régulation d'un marché par concurrence par comparaison, mécanisme sur lequel repose la tarification à l'activité, reste relativement aisée dans un cadre d'incertitude systématique, c'est à dire dans le cas où le régulateur ne connaît pas la décomposition du coût entre contraintes exogènes et modalités internes de gestion, mais où les contraintes exogènes sont identiques pour tous les hôpitaux. Dans ce cas, le simple fait de fixer un tarif unique pour toutes les structures revient à gommer les effets des contraintes exogènes sur la variance des coûts entre établissements.

En revanche, dans un contexte d'incertitude idiosyncrasique, le régulateur est confronté à deux risques cumulés.

S'il détermine un tarif fixe au niveau de la moyenne constatée des coûts de prise en charge, en l'absence de connaissance des contraintes externes ni du niveau des efforts internes de gestion, il se heurte en premier lieu au risque de constitution de rentes (risque moral). La fixation de tarifs déconnectés du coût réel constaté mène en effet le gestionnaire à chercher à développer des activités pour lesquelles l'écart tarif / coût est important.

En second lieu, notamment dans le cas des hôpitaux fortement contraints dans la formation de leurs coûts par des critères exogènes, c'est le risque d'anti sélection qui peut se réaliser. Cela signifie que l'établissement, considérant que la rémunération prévue pour son activité ne couvre pas les charges qu'il engage (par exemple dans le cas d'un

patient qui, du fait de son isolement social, ne pourra être déclaré sortant avant un total rétablissement, mobilisant de la sorte un lit pour une longue durée, donc des coûts d'hébergement conséquents), pourrait refuser de l'exercer chaque fois qu'elle risque d'être déficitaire.

La réalisation simultanée des deux risques, tout à fait envisageable, supposerait que le régulateur n'a rempli aucun des deux objectifs fixés : réduction des coûts de prise en charge, et optimisation de la répartition des ressources entre établissements.

C'est pourquoi toute la difficulté dans l'instauration d'un mode de financement de type tarification à l'activité, réside dans la définition du niveau et dans la détermination d'éventuelles modulations du tarif. Un tarif trop bas expose le régulateur à des risques de sélection adverse. Un tarif trop élevé conduira très probablement les établissements à positionner leur activité, dans la mesure du possible, sur des niches particulièrement rémunératrices. Un tarif fixe et "juste" pour une région donnée pourrait dans d'autres secteurs géographiques, induire la réalisation des deux risques exposés précédemment.

C'est pourquoi des économistes de la santé, amenés à proposer des modèles tarifaires permettant de répondre aux objectifs déjà évoqués, ont suggéré une régulation mixte des dépenses, combinant remboursement des coûts, coefficient de modulation géographique, et prix fixe. Les deux premières composantes visent à limiter le risque d'une sélection adverse et de risque moral. La seconde, à répondre à l'objectif d'incitation à une gestion interne optimisée.

B) Une nécessité de contrôle pour endiguer les dérives d'une nouvelle régulation

Quinze années de régulation selon un système de type tarification à l'activité aux Etats Unis, permettent d'en observer les effets indésirables subsistants, malgré les précautions prises lors de la définition des tarifs.

Même si les risques moral et d'anti-sélection sont limités, ils n'en demeurent pas moins existants. L'expérience américaine a laissé apparaître plusieurs dérives potentielles.

Combinant sélection adverse et risque moral, certains établissements ont resserré leur offre de soins sur des créneaux rémunérateurs (par exemple sur la chirurgie lourde), et limité dans la mesure du possible l'admission de personnes fragiles, génératrices de surcoûts. C'est pourquoi de nombreux déports, parfois excessifs, vers la médecine de ville ont été constatés.

De plus, des niches ont parfois été créées de manière artificielle par les prestataires de soins, « surcodant » certains actes peu rémunérateurs.

Enfin, rien n'empêche que la volonté de dégager des marges de manœuvres ne se fassent au détriment de la qualité des soins.

C'est pourquoi dans un tel système, une régulation du système hospitalier ne peut se faire qu'en considération de l'ensemble du système de soins (enveloppe soins de ville incluse). De plus, des mécanismes de contrôle du codage, ainsi que de la qualité de prise en charge, doivent être mis en place.

1.2 Objectifs de la réforme et définition des modalités principales

Dans ce contexte, l'ensemble des acteurs concernés par la réforme du financement des hôpitaux, et principalement la Mission Tarification à l'Activité, ont élaboré et affinent toujours un modèle tentant de tenir compte des exigences nouvelles de régulation (incitation et répartition), sans que son application brutale ne vienne aggraver la situation financière des établissements. Si le dispositif global semble bien défini malgré les limites qu'il présente, la principale difficulté consiste en la gestion de la transition, du budget global à la tarification à l'activité.

1.2.1 Un nouveau schéma de régulation.

La tarification à l'activité concerne les établissements publics et privés, disposant d'autorisations dans le champ des soins de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO). Cela signifie en premier lieu que, dans un premier temps tout au moins, soient exclus du modèle les activités de psychiatrie, dont l'outil de groupage des séjours est encore à l'étude, et les unités de moyen séjour.

Tous les hôpitaux MCO ne sont pas touchés par la réforme ; les hôpitaux locaux, les établissements du Service de Santé des Armées, les établissements des Territoires d'Outre Mer, en particulier, restent hors champ.

La tarification à l'activité concerne tous les soins MCO quelle que soit leur nature : qu'il s'agisse d'hospitalisation complète, de jour, de nuit, à domicile, ou de consultations externes, toutes seront rémunérées, pour partie au moins, sur la base de ce principe.

Les modalités nouvelles d'allocation des ressources aux établissements de santé reposent sur deux principes fondamentaux, précédemment évoqués : le PMSI constitue la base essentielle de répartition des ressources ; celle-ci désormais vise à rapprocher les secteurs publics et privés d'hospitalisation. Il s'ensuit une refonte globale du schéma général de régulation.

A) Un principe : PMSI et ENC comme piliers techniques de la réforme

Dans le schéma actuel de régulation, n'est utilisée qu'une faible part des possibilités offertes par le PMSI à des fins de financement. La finesse des informations relatives à l'activité qu'il collecte n'est pas exploitée. Ce ne sont en effet que les données agrégées exprimées en points ISA qui servent aujourd'hui à corriger, de façon marginale, les inégalités de dotation entre établissements, à partir du calcul de leur dotation théorique au

regard de leur activité MCO. La tarification à l'activité permet de l'exploiter bien plus en détails. Désormais, les informations qu'offre le PMSI ne seront utilisées non à un niveau agrégé, mais au détail des séjours.

Le principe premier sur lequel repose la tarification à l'activité, en effet, consiste à attribuer à un GHM, caractérisant en principe un Groupe Homogène de Séjours (GHS), un tarif spécifique. Celui-ci est calculé a priori à partir des données que fournit l'Etude Nationale des Coûts (ENC), qui permet de décomposer, pour chaque GHM, le montant de charges distinguées par nature, entrant dans la formation totale du coût de prise en charge.

a) Des exceptions : le financement des activités non ou mal décrites par le PMSI

Une spécificité doit d'ores et déjà être signalée, qui concerne les soins palliatifs. Actuellement, un seul GHM sert à la description de ce type d'activité. Mais les coûts qui y sont rattachés diffèrent non seulement selon le patient, mais surtout selon la nature de la prise en charge. C'est pourquoi exceptionnellement, deux GHS seront appliqués à ce GHM, selon que la prise en charge s'effectue par une équipe mobile dans des lits non spécifiés (a priori moins coûteuse), ou dans une unité dédiée à ce type de soins.

S'ajoutent à cette particularité des modalités spécifiques de financement pour certaines activités, sur la base de données d'activité non décrites par le PMSI.

Ainsi les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG), pour lesquelles cinq tarifs nationaux correspondant à cinq prestations types seront fixés. La facturation en sus de ces tarifs d'un GHS issu d'un GHM ne pourra être envisagée qu'en cas de complication. Les prélèvements d'organes seront également soumis à un tarif national, défini par donneur.

Les actes et consultations externes restent financés sur la base de tarifs et forfaits techniques. Jusqu'à présent, ceux-ci sont déterminés sur la base de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). En 2005 cependant, la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) la remplacera. On note qu'un mécanisme de "vérouillage" limitera les possibilités de facturation de ces activités par l'intermédiaire de GHS, plus rémunérateurs. En effet, une liste positive d'actes, de procédures ou de motifs de prise en charge, déterminera les conditions dans lesquelles il sera possible de facturer un GHS.

L'activité d'urgence fera l'objet d'un financement mixte. Ceci tend à exprimer sa spécificité : la prise en charge de l'urgence est une activité d'intérêt général. Une part fixe, forfaitaire et nationale, devra couvrir les charges de structure des unités d'accueil. Une part complémentaire, fondée sur l'activité mesurée en passages, modulera les recettes en fonction du niveau d'activité constaté. Le choix du passage comme unité d'oeuvre dans le calcul du tarif, constitue une base minima. En effet, si elle est simple à estimer, elle ne semble pas traduire une quelconque homogénéité ni médicale, ni économique. La mobilisation du personnel soignant varie en effet très fortement d'un passage à un autre. Cette unité choisie n'est probablement qu'une première étape, en attendant l'affinement de la classification de l'activité sur la base des Groupes de Passage aux Urgences (GPU).

Enfin, l'hospitalisation à domicile, en 2004 pour les structures privées, en 2005 pour les établissements publics, sera également financée à l'activité. Mais les tarifs seront fixés par nature de prestation, donnant lieu à des groupes tarifaires journaliers définis selon un algorithme de groupage différent du PMSI.

Pour le reste des activités cliniques, le principe du GHM déterminant un GHS, auquel est associé un tarif, sera appliqué. Comme nous l'avons vu précédemment, le montant du tarif prévu est l'élément déterminant de l'effet incitatif du dispositif. Or, tant le PMSI que la méthodologie de l'ENC présentent des faiblesses qui rendent difficile l'atteinte de cet objectif.

b) Les limites du couplage PMSI / ENC comme base d'élaboration de tarifs pertinents

Pour la détermination d'un tarif efficient, l'efficacité du croisement de ces deux outils dans la constitution de coûts homogènes, s'apprécie en considération de leur variance constatée. Celle-ci est doublement influencée, par les modalités de regroupement de prises en charge en GHM (outil PMSI), et par la méthodologie de calcul des coûts par GHM (méthode ENC).

L'ENC, garante de la construction d'un coût »véritablement moyen » ?

L'Etude Nationale des Coûts constitue la base de référence dans l'affectation à chaque GHM d'une valeur relative exprimée en points ISA. Celle-ci est construite à partir de la comparaison des charges mobilisées pour la prise en charge de chaque GHM. En conséquence, elle constitue l'outil privilégié pour la détermination du tarif qui lui sera applicable. Pour limiter les risques d'anti-sélection, ce tarif se doit de reposer sur une moyenne convenable des coûts constatés sur l'ensemble du territoire.

A cette fin, l'échantillon d'établissements participant à cette étude se doit d'être le plus large possible. Aujourd'hui cependant, il n'est composé que d'une cinquantaine

d'hôpitaux. Rien n'indique que ceux-ci soient représentatifs de l'ensemble des structures hospitalières du pays. De plus, ce faible effectif rend difficile l'appréciation du coût des GHM "rares". Aujourd'hui, 30 d'entre eux présenteraient un échantillon inférieur à 100 cas recensés au niveau de l'ENC.

En outre, la participation des CHU sans correction particulière de leur abattement de 13% des charges et donc répercuté sur le calcul du coût du GHM, vient introduire un biais supplémentaire dans le coût moyen calculé.

De surcroît, les modalités de calcul des coûts dans le cadre de l'ENC, définies par le Guide de Comptabilité Analytique Hospitalière, laissent une grande capacité de choix aux établissements dans l'affectation des charges indirectes. En effet, le degré de développement et de finesse du système d'information de chaque établissement est le facteur déterminant des modalités d'imputation de ces charges. Or la situation des hôpitaux sur ce plan est très variable. C'est pourquoi il existe une grande hétérogénéité des coûts constatés pour un même GHM entre les établissements, non compensée par un "effet masse", puisque l'effectif de l'échantillon de l'ENC s'avère resserré.

Enfin, le critère d'imputation de certaines charges directes aux différentes sections d'analyse, et notamment celles de personnels médical et soignant (la journée d'hospitalisation), ne semble refléter que très imparfaitement la mobilisation des ressources pour chaque cas. L'utilisation d'indicateurs plus précis, telles les cotations Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée pour les soignants, permettrait probablement d'en mieux rendre compte. Pour les médecins, la principale difficulté réside dans l'appréciation du temps consacré à leurs diverses, pourtant imputables à différentes sections d'analyse.

Ces faiblesses rendent plus difficile l'élaboration de tarifs susceptibles d'avoir un effet incitatif et limitant les possibilités de risque moral ou de sélection adverse. Mais de plus, aux limites méthodologiques de construction d'un coût « véritablement » moyen, s'ajoutent celles de l'homogénéité économique de description des séjours auxquels il s'applique.

Le PMSI, garant d'une classification homogène ?

Le PMSI vise à regrouper les prises en charge dans des groupes iso-coûts. A cette fin, l'algorithme de groupage se doit d'intégrer dans les principes de classification, toutes les variables qui pèsent dans l'explication d'un coût de prise en charge constaté.

En l'état actuel, celles qui ont été retenues sont de deux types. Le premier constate la survenance ou non de morbidités associées à un diagnostic principal (facteur classant primaire). Celles-ci en effet compliquent les modalités de prise en charge, et donc pèsent

sur son coût. Le second classe le séjour en deux catégories selon que le patient est jeune ou âgé (plus de 69 ans). En effet, pour une même pathologie, le traitement d'une personne âgée est en moyenne plus long, et mobilise donc plus de ressources. La durée d'hospitalisation constitue donc indirectement un facteur explicatif des coûts.

Or, pour un certain nombre de séjours, la variation des coûts peut dépendre d'autres facteurs, aujourd'hui non discriminants dans l'orientation d'un cas médical dans un GHM. La situation sociale du patient l'impacte fortement. Le caractère programmé ou non d'une prise en charge joue aussi sur la mobilisation de ressources. L'éventail du case mix également : plus l'activité d'un établissement se concentre sur un nombre limité de segments, plus une « standardisation » des processus, ainsi que la réalisation d'économies d'échelle sont possibles.

En outre, la classification des GHM, malgré le facteur co-morbidité, rend mal compte des cas poly-pathologiques complexes, particulièrement coûteux à prendre en charge.

Enfin, des difficultés de codage ont été rencontrées pour certains cas médicaux, difficiles à classer dans tel ou tel GHM. En conséquence, certains GHM regroupent des séjours très disparates, au détriment de leur homogénéité économique.

En conséquence, la tarification à l'activité reposant essentiellement sur une connexion GHM / tarif, il convient de trouver des mécanismes compensateurs des faiblesses de l'outil PMSI. Le Pôle d'Expertise et de Référence National des Nomenclatures de Santé (PERNNS) a lancé un programme d'amélioration de l'algorithme de groupage, dit d'effeuillage progressif, qui tend à remplacer les co-morbidités associées par des GHM secondaires, permettant de mieux tenir compte de la variance des coûts dans les facteurs classant. En outre, la classification 9 proposée par l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en septembre 2003, permet d'affiner les méthodes de groupage des GHM qui jusqu'à présent présentaient la plus grande disparité économique (en particulier, les séjours de moins de 24h). Cependant, il convient de trouver des mécanismes correcteurs des inégalités subsistantes, afin de faire du tarif un outil véritablement incitatif.

c) Mécanismes correcteurs prévus

Ces mécanismes visent à limiter les risques de sélection adverse induits par l'hétérogénéité des contraintes exogènes pesant sur les établissements.

Afin de compenser l'hétérogénéité financière intra-GHM, et donc d'accroître la prévention de la survenance du risque d'anti-sélection, des financements complémentaires ont été prévus, qui s'ajoutent à la rémunération fixe des GHS.

Ainsi, les séjours extrêmes entraînent des modulations de tarifs sur la base des durées de séjour. Si la période d'hospitalisation est inférieure à une borne basse définie par rapport à la moyenne, un coefficient de minoration sera appliqué au GHS. Si au contraire, l'hospitalisation se prolonge au delà d'une borne haute, chacune des journées en sus sera facturée sur la base de modalités qui restent à définir.

En outre, les prises en charge particulièrement coûteuses du fait des techniques utilisées, font également l'objet de financements supplémentaires.

Ainsi les passages dans les unités de réanimation, pour lesquels un forfait journalier complémentaire sera appliqué.

De même, les séances de dialyse seront facturables en sus du tarif au GHM.

Enfin, si le prix des médicaments et dispositifs médicaux est a priori intégré dans le tarif des GHM, certains d'entre eux, particulièrement discriminants, feront l'objet de rémunérations supplémentaires. L'hospitalisation à domicile sera concernée par ce dispositif. Une liste des médicaments dits coûteux est déjà établie, et utilisée dans le cadre de la constitution des coûts de l'ENC. En revanche, les dispositifs médicaux implantables sujets à facturation complémentaire ne sont pas encore précisément connus.

Enfin dernière analyse, pour tenir compte de la variabilité des contraintes exogènes, liées à leur localisation, pesant sur les établissements, le choix d'un coefficient géographique de modulation a été retenu. Celui-ci ne concernera a priori que les établissements d'Ile de France et les Départements d'Outre Mer. Ce coefficient ne repose que sur le constat de différences de coûts de structure selon les régions. Les particularités socio-économiques des bassins de population, non intégrées dans ce coefficient, sont en effet déjà partiellement compensées par les modulations tarifaires abordées plus haut. En effet, des durées d'hospitalisation particulièrement longues, faisant l'objet de suppléments journaliers, sont une caractéristique directement corrélée, par exemple, avec une moyenne d'âge élevée du bassin de population. Les faiblesses de la « macro-modulation » sont donc en partie corrigées par des possibilités de « micro-modulation ».

Mais des modalités pratiques de définition de ces mécanismes correcteurs conditionnent leur efficience. Or pour certains, des incertitudes subsistent.

d) Des incertitudes subsistantes

En premier lieu, il conviendra de voir si les limites de la modulation géographique des tarifs sera fortement ou non compensée par les possibilités de financement en sus du GHS précédemment abordées.

En second lieu, la définition des bornes basses et hautes de la durée d'hospitalisation, dont le dépassement entraîne une sous ou une sur-tarification des GHS revêt une importance particulière. En effet, ce choix s'avère déterminant dans les stratégies de prise en charge. Si ces seuils sont calculés sur la base d'un écart type à la durée moyenne constatée, il sera facile pour les établissements de les outrepasser, et en conséquence d'avoir la possibilité, en toute théorie, de faire un choix économique et non sanitaire dans la détermination des dates de sortie des patients. En revanche, si ces seuils sont calculés sur la base de deux écarts types à la moyenne constatée, seuls les séjours "vraiment extrêmes" feront l'objet d'un dépassement des seuils. La capacité de choix dans ce cas, ne pourra être que marginale.

B) Une régulation commune aux structures publiques et privées.

La tarification à l'activité ne remet pas uniquement en cause le principe de dotation globale. Elle vise également à rapprocher les secteurs public et privé d'hospitalisation quant à leurs modalités de financement. C'est pourquoi la rémunération des GHS et des activités non couvertes par le PMSI par des tarifs spécifiques est un principe qui leur est commun. Cependant, ces deux secteurs ne sont pas totalement comparables. L'hospitalisation publique se doit d'assumer des missions particulières dont le dispositif activité / tarif ne tient pas compte. C'est pourquoi des modalités spécifiques de financement ont été introduites, qui compensent, imparfaitement, ces différences.

a) Une exigence : tenir compte des spécificités des missions de service public

En sus de la rémunération des activités cliniques assumées tout autant dans le secteur public et dans le secteur privé, des compléments de financement définis sur une base contractuelle ont été prévus. Ils s'appliquent aux activités couvertes par l'enveloppe spécifique des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).

Ces missions constituent une source exogène de variation des coûts entre établissements, dont il convient de tenir compte afin de compenser les écarts de dépenses effectives dépendant de leur degré de participation à ce type d'activités.

Sont concernées en premier lieu celles d'enseignement et de recherche, d'innovation et de recours. Les modalités de régulation ne sont pas pour celles-ci encore totalement déterminées. On sait cependant qu'elles reposeront sur un mécanisme de prélèvement / redistribution selon des critères à préciser. Soit 13% du budget de chaque hôpital seront

ponctionnés, agrégés puis redistribués selon l'effort réel déployé par chaque établissement dans ce champ ; soit chaque hôpital sera amené à estimer le montant de dépenses relatives à cet effort, qui sera prélevé puis redistribué, avec des ajustements annuels. En tout état de cause, ce mécanisme permettra de mettre fin à une valorisation inéquitable de ces activités, puisque actuellement, seuls les CHU se voient accorder un abattement de charges de 13% pour couvrir les dépenses liées à l'enseignement et à la recherche. Or la plupart des Centres Hospitaliers non universitaires, accueillent et donc encadrent (ce qui constitue une charge financière importante) des étudiants en médecine, chirurgie et soins infirmiers. Pourtant, il n'est pas tenu compte, dans l'attribution des dotations, de cet effort de fait.

En second lieu, des projets spécifiques pourront être financés au titre de l'Aide à la Contractualisation. Ceux-ci peuvent être considérés comme liés à des activités d'intérêt général. Ainsi les missions sociales particulières, les actions en faveur de la qualité des soins, la mise en œuvre de priorités régionales prévues par les SROS, les réseaux, les équipes mobiles, etc...

On note que cette enveloppe spécifique n'est pas dénommée «Missions de Service Public et Aide à la Contractualisation». Il apparaît en effet qu'elle ne permet de compenser que partiellement les surcoûts inhérents à l'hospitalisation publique, pourtant non ou mal couverts par le dispositif tarification au GHS.

b) Les insuffisances du dispositif global de financement : une concurrence imparfaite entre établissements publics et privés.

La Fédération Hospitalière de France, à la suite du comité de suivi de la Tarification à l'Activité du 2 septembre 2003, fait observer dans un document de travail interne, que "la mise en place d'un système de régulation fondé sur une enveloppe unique MCO et une fongibilité systématique entre les deux secteurs d'hospitalisation, apparaît comme un dispositif incohérent et inéquitable qui ne manquera pas de générer des conséquences politiques lourdes dans un contexte hospitalier déjà fortement fragilisé par des tensions budgétaires et sociales". Ce faisant, elle maintient une position ferme, dans la droite ligne du rapport présenté à son Conseil d'Administration en janvier 1999, analysant la réalité de la comparabilité des secteurs d'hospitalisation public et privé, réalité qui constitue l'hypothèse sous tendue par le dispositif de régulation financière à venir.

Ce document visait à montrer que, si le PMSI répondait à l'objectif rendu nécessaire d'appréciation des activités de soins en termes d'efficience économique, il n'en demeurerait pas moins un outil impropre à traduire toutes les composantes de la prise en charge des patients. En ce sens, il s'avère certes utile, mais présente le risque de pénaliser l'activité publique, en ne décrivant pas ou qu'imparfaitement toutes les spécificités qui la caractérisent. Certains de ces aspects, en particulier les insuffisances dans la méthode

même de description de l'activité (du fait de la construction de l'algorithme de groupage), ont déjà été abordés précédemment, pour laisser entrevoir les hétérogénéités existant dans les coûts de prise en charge au sein même du secteur public.

Dans le contexte de réforme de la tarification, qui repose sur un modèle soumettant aux mêmes modalités les deux secteurs d'hospitalisation, les différences structurelles qui les opposent, méritent d'être à nouveau mises en avant.

Les établissements publics présentent en première analyse, des surcoûts de fonctionnement à activité identique liés à l'exercice de leurs missions de service public, qui ne figurent pas pour la totalité dans les critères de fixation de l'enveloppe MIGAC prévue pour les couvrir. Mais de surcroît, la nature et l'éventail de leurs activités, du fait encore de leurs obligations particulières, diffèrent (dans un sens qui leur est économiquement défavorable) de celles du secteur privé.

Des surcoûts de fonctionnement à activité comparable.

L'hôpital tente d'assurer une prise en charge du patient qui se veut globale et qui intègre par là-même une très forte dimension sociale. Cette mission sociale est un des items justifiant, dans le projet de tarification à l'activité, l'attribution de crédits spécifiques prévus dans l'enveloppe MIGAC.

Mais dans ce cadre n'est évoqué que le financement des dispositifs de prise en charge de la précarité "de type PASS"² (Permanence d'Accès Aux Soins). Or la prise en considération sociale des patients dans un établissement de santé dépasse très largement cette structure institutionnalisée. Une étude récente demandée aux hôpitaux d'Aquitaine, les ont conduit à analyser, de manière fruste certes, l'activité de leur service social. Il ressort de cette étude au Centre Hospitalier de Dax, que la majorité des interventions des assistantes sociales se situent dans les services d'hospitalisation, notamment ceux prenant en charge des pathologies touchant principalement des personnes âgées. La structure PASS ne constitue pas le cadre principal de leur travail. En conséquence, sans qu'il ne soit nécessaire de mentionner que de surcroît, la mission sociale d'un établissement public est assurée non seulement par les professionnels sociaux, mais aussi, au quotidien, par l'ensemble des soignants des services, il faudrait être en mesure d'apprécier le coût global de cette mission, et voir si les crédits réellement alloués à ce titre suffisent à les couvrir.

² Mission tarification à l'activité, document de travail, « La tarification à l'activité : modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre », août 2003

En outre, il n'est pas fait explicitement mention, dans le nouveau schéma de régulation, de modalités de financement particulier des activités de prévention, d'éducation sanitaire, d'expertise, qui rentrent dans le champ des missions de service public, mais qui ne sont pas couvertes par les futurs tarifs applicables aux GHM, pour la raison que le PMSI ne les intègre pas comme variable discriminante de coût. Certes, les projets pouvant être financés au titre des MIGAC, tels les réseaux et les équipes de liaison, tendent à couvrir, pour partie au moins, ce champ d'activité. Mais ici encore, il s'agit de s'assurer que ces crédits couvrent l'ensemble des dépenses réellement engagées.

D'autant plus que les enveloppes MIGAC ne sont pas par nature pérennes, dans la mesure où elles s'inscrivent dans un cadre contractuel. Or les deux missions spécifiques présentées ci-dessus, constituent bien pour l'hôpital public une charge "structurelle".

Des inégalités dans l'éventail des activités en défaveur du secteur public.

Une autre des nombreuses caractéristiques qui distinguent le secteur public du secteur privé d'hospitalisation, tient à son impossibilité, du fait des obligations de service public, de se positionner exclusivement sur des créneaux d'activité rémunérateurs, et encore moins de sélectionner les patients accueillis. Il s'ensuit qu'il leur est difficile, sauf à développer des réseaux de coopération complexes et de gestion lourde, ni de travailler à la standardisation des prises en charge, ni de réaliser d'économies d'échelle. Au contraire, les établissements privés se sont développés, eux, sur des segments d'activité précis, présentant un écart important entre les coûts de prise en charge réels et les tarifs fixés.

Or ces différences fondamentales, opposant « soins au tout venant » à forte spécialisation, ne sont compensées dans aucun des mécanismes prévus par la réforme en cours du financement des établissements de santé.

Certes, il semble que dans un premier temps, au moins pendant la période de transition, le principe de deux échelles tarifaires distinctes soit maintenu. Cela laisserait le temps aux établissements publics d'adapter leur organisation administrative, mais également leur mode de management aux contraintes nouvelles qui pèseront sur eux. Cela permettrait en outre aux autorités nationales de régler techniquement la question des modalités de réintégration des charges d'honoraires médicaux, aujourd'hui financées sur l'enveloppe des soins de ville, dans le champ des dépenses couvertes par le mécanisme de tarification à l'activité.

Financement à l'activité, dans un modèle unique public / privé, induit finalement une refonte globale du schéma de régulation des dépenses de santé.

C) De nouvelles modalités d'allocation des ressources : « De la régulation administrée à l'autonomie »³?

La soumission des établissements de santé à un principe de rémunérations à l'activité induit des changements notables dans la manière même de concevoir l'allocation des recettes. Les modalités de financement, dans le dispositif nouveau, s'avère morcelées. De plus, dans la mesure où désormais, la capacité des établissements à dépenser est conditionnée par l'évolution de leur activité, le rôle des autorités de régulation traditionnelles s'en trouve considérablement changé.

On constate que désormais, coexistent de multiples principes de financement des établissements de santé. Les conséquences seront lourdes en terme d'organisation des services chargés de l'élaboration et du suivi budgétaire⁴. Mais même au niveau du schéma d'ensemble de la régulation des dépenses hospitalières, cette réforme induit un morcellement des mécanismes d'allocation de ressources.

Au niveau central, l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est décomposé actuellement en 4 sous ensembles : soins de ville, établissements médico sociaux, cliniques privées, établissements du (ou participant au) service public hospitalier. Si les deux premiers sous-ensembles devraient être maintenus, les deux derniers vont être considérablement remodelés. L'ensemble des dépenses d'hospitalisation devrait être réparti en quatre enveloppes. La distinction faite entre établissements du secteur public et privé sera pour l'essentiel gommée.

En effet, seront abondées, en fonction de prévisions d'évolution d'activité et de priorités définies par le parlement, les enveloppes «soins MCO » (sur la base de prévisions d'évolution de l'activité, et du taux d'augmentation applicable aux tarifs définis), « MIGAC », «dépenses non MCO du secteur public », et «dépenses non MCO du secteur privé ». Les deux premières seront communes aux établissements publics et privés de santé.

Ces différentes enveloppes seront réparties selon des modalités spécifiques entre les régions.

³ J.F. Mattéi, Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation, 20 novembre 2002

⁴ cf. partie 2, La tarification à l'activité, un défi d'organisation pour les établissements publics de santé

Ainsi, celle des soins MCO, sera allouée selon les prévisions :

- d'évolution régionale des activités rentrant dans ce champ,
- d'évolution des coûts hospitaliers.

Une modulation sera envisagée sur la base du coefficient correcteur géographique, dont les modalités de calcul ne sont pas à ce jour connues.

L'enveloppe MIGAC recouvre deux types de dépenses. Celles relatives à l'enseignement et la recherche, seront distribuées selon les efforts constatés des établissements de chaque région dans ce domaine. Celles incluses dans le champ de l'aide à la contractualisation, seront allouées proportionnellement au montant des enveloppes régionales MCO.

Dans ce dispositif, la capacité formelle des Agences Régionales d'Hospitalisation, de ré-allocation des crédits entre établissements semble être considérablement réduite. En effet, seule la part des MIGAC correspondant aux priorités de santé définies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) et à l'objectif d'amélioration de la qualité des soins pourront faire l'objet d'une négociation spécifique entre l'ARH et les établissements, qui sera rendue opposable par l'intermédiaire du Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM). En revanche, pour les activités MCO, on peut penser que le rôle de l'ARH s'éloignera sensiblement de la logique d'autorisation stricte actuelle. Elle se constituera probablement plus en autorité de contrôle de la sincérité des prévisions de recettes et de dépenses qu'en organe de détermination à partir de critères propres du montant des recettes allouées. La liberté de gestion des établissements s'en trouvera globalement accrue, du fait du caractère évaluatif des recettes. Dans le schéma définitif, de plus, il n'existera plus de transmission de l'activité entre les établissements et l'ARH. Le lien sera directement fait entre la Caisse pivot de Sécurité Sociale, et les établissements de santé.

1.2.2 Une méthode pédagogique : la montée en charge progressive de la tarification à l'activité.

Le passage, pour les établissements publics, d'un financement à partir d'une dotation globale à des recettes variables selon les niveaux d'activité ne peut être opéré de manière radicale. En effet, la dotation globale n'étant que très peu ajustée à l'activité des établissements, ceux sur-dotés se verraient brutalement confrontés à une chute de leurs ressources.

De plus, il leur est difficile, dans un contexte de forte incertitude sur les modalités pratiques précises de mise en oeuvre, de procéder d'ici le 1er janvier 2004, aux adaptations techniques d'ampleur que suppose la tarification à l'activité⁵.

C'est pourquoi, après avoir expérimenté la capacité des établissements à se préparer en temps voulu aux exigences nouvelles, la Mission Tarification à l'Activité a proposé aux établissements un dispositif de montée en charge progressive.

A) 2004 : le maintien d'une dotation globale, ajustée à l'activité passée.

L'affirmation du passage à la tarification à l'activité au 1er janvier 2004 répond plus à la volonté d'affichage d'une réforme qu'à une réalité pratique.

En 2004 en effet, le principe de la dotation globale comme cadre d'allocation des ressources n'est pas remis en cause. Au niveau régional, les enveloppes seront attribuées selon les mêmes principes que jusqu'à présent.

Au niveau des établissements cependant, le budget primitif que notifiera l'ARH sera déterminé sur des principes nouveaux.

L'ARH déterminera en premier lieu le volume de la dotation MCO. Ceci à partir de la part des dépenses que l'hôpital a consacré en 2002 aux activités de MCO, estimée grâce aux données fournies par le compte administratif retraité. Cette part (en %) sera appliquée à la base budgétaire 2003. De ce montant seront déduites les charges de 2003 qui feront l'objet dans le dispositif T2A de financements spécifiques, aujourd'hui encore inclus dans le montant des charges MCO (médicaments coûteux, dispositifs médicaux implantables, enseignement, recherche, forfait annuel pour les urgences). Le résultat constituera la « base T2A 2004 ».

A celle-ci sera appliqué un coefficient probable de 90%. On obtient de la sorte la part garantie des ressources MCO 2004. Une part complémentaire sera déterminée selon des données d'activité de 2002. A 10% du case mix 2002 seront appliqués les tarifs des GHS 2004. Ainsi sera déterminée la « part calculée à l'activité de la dotation MCO ».

En sus de la dotation MCO, des financements spécifiques seront attribués, correspondant aux activités hospitalières non retracées par le PMSI : dépenses de médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables, forfait urgences, enveloppe MIGAC. Le reste des dépenses (soins de suite, psychiatrie pour l'essentiel), non couvertes par le dispositif T2A, sera estimé par application à la base budgétaire 2003 affectée du taux dévolution 2004, de la part des dépenses 2002 destinées à leur financement (calculée à partir des données fournies par le compte administratif retraité de 2003).

⁵ cf partie 2, La tarification à l'activité, un défi d'organisation pour les établissements publics de santé

En somme, le principe de dotation globale n'est pas remis en cause, mais on fait apparaître une part faible (10%) des recettes comme reliée à l'activité de l'établissement. Ce dispositif n'entraîne aucune modification dans les modalités ni de collecte, ni de transmission des données d'activité⁶, puisque seront prises en compte celles de 2002.

En revanche, un ajustement progressif de la dotation à l'activité récente se fera par le biais des décisions modificatives (DM). Trois DM viendront corriger les prévisions d'activité :

- En juillet, en considération du case mix de 2003 ;
- En octobre, en référence à celui du premier semestre 2004 ;
- En janvier 2005, pour tenir compte de celui des neufs premiers mois de 2004.

La constatation de l'activité réelle de 2004 fera l'objet d'une minoration ou majoration de recettes en 2005. Dans ce dispositif encore, aucune évolution ne semble a priori nécessaire dans l'organisation de la saisie des données PMSI, puisque les délais seront suffisamment importants pour que l'exhaustivité soit, dans la plupart des hôpitaux, acquise.

B) 2005 et 2006 : une part croissante des recettes soumises à l'activité de l'année.

En 2005, le principe de financement resterait le même : financement de la dotation MCO pour partie par des ressources garanties, pour partie à l'activité. Mais le poids de cette dernière serait renforcé, et atteindrait probablement 20% de cette dotation. Les ressources garanties seraient calculée à partir de 80% de la base T2A 2004, affectée d'un taux d'évolution pour 2005. Les autres dépenses feraient l'objet, comme en 2004, de financements complémentaires.

Cependant en 2005 à la différence de 2004, les données de case mix prises en compte pour le calcul des recettes à l'activité correspondraient à celles de l'année en cours. Elles seraient transmises à l'ARH trimestriellement. Cette dernière effectuerait les contrôles qualité nécessaires, et aviserait ensuite la caisse pivot du montant des recettes à allouer. En conséquence, la trésorerie des établissements de santé commenceraient dès 2005, à être soumises à des encaissements fluctuants. Cependant, pour éviter des déséquilibres brutaux, une dotation mensuelle permettant d'avancer aux établissements la part non garantie des ressources MCO serait versée à titre transitoire, en début d'année.

⁶ voir infra

Ce principe général serait reconduit pour 2006, avec une part plus conséquente de recettes liées à l'activité constatée.

De plus, sont à attendre pour 2005 et 2006 des modifications profondes du régime budgétaire et comptable. En effet, les établissements devront faire du budget non un document d'autorisation de crédits, mais de prévisions de recettes engageant des dépenses.

Il ressort de cette présentation générale d'une réforme en cours, que les impacts de la tarification à l'activité, insérée dans un dispositif global de réforme de la gouvernance hospitalière, seront conséquents tant dans la manière d'envisager les modalités de gestion interne, que dans l'organisation générale des structures.

2 LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : UN DEFI D'ORGANISATION POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Le passage d'une régulation administrée à une autonomie de gestion des établissements de santé n'est pas sans effet sur leur fonctionnement. Elle représente en premier lieu un défi technique ; il s'agit en effet d'adapter les outils de suivi de l'activité, et des méthodes de suivi des coûts. Elle induit en second lieu des transformations profondes de l'organisation interne et des méthodes de management des établissements de santé.

2.1 Une optimisation nécessaire de la gestion interne des établissements de santé

Le passage d'une régulation administrée à une autonomie financière implique des transformations profondes des modalités de gestion hospitalière. En premier lieu, des modifications techniques importantes doivent être effectuées tant dans le système d'information que dans les modalités de suivi budgétaire et financier. En second lieu, la tarification à l'activité impose une rénovation des outils de gestion interne.

2.1.1 Des modifications techniques d'ampleur

L'application de la réforme de la tarification emporte deux conséquences principales dans l'organisation technique des établissements de santé. Il s'agit de rénover le système d'information pour un meilleur suivi de l'activité, et de revoir complètement les méthodes d'élaboration et de suivi budgétaires.

A) L'évolution du système d'information hospitalier.

Dans un système de financement lié à l'activité constatée, la production des données permettant de la quantifier doit être optimisée.

a) Une exigence de production rapide et exhaustive des données d'activité

Le système d'information devient dans ce contexte nouveau le coeur de la gestion hospitalière. La situation financière des établissements est directement liée à leur capacité à produire rapidement et de manière exhaustive des informations sur l'activité réalisée.

En effet, dans le dispositif final, et même à partir de 2005 dans le schéma transitoire, les données d'activité devront être transmises tous les trimestres. Tout retard ou tout manque d'exhaustivité pénalisera directement l'établissement en réduisant ses apports en trésorerie. En conséquence, il semble vital pour les établissements de s'assurer de la rapidité du codage des Résumés de Sortie Standardisés (RSS). Le délai entre la sortie du patient et la production des RSS doit être le plus court possible. Un premier bilan montre que sur ce point la situation varie considérablement d'un établissement à l'autre. Ceux dans lesquels la fonction codage est décentralisée semblent plus performants que ceux dans lesquels le responsable du Département d'Information Médicale (DIM) l'assume seul. D'autre part, même dans un système décentralisé, l'organisation du travail des agents chargés de la saisie des données joue considérablement.

Au Centre Hospitalier de Dax, la saisie est décentralisée. Les secrétaires médicales des services de soins sont chargées de saisir les données PMSI à la sortie du patient. Le responsable du DIM estime que 50% des services produisent les RSS dans un délai inférieur à 8 jours, 30% dans un délai compris entre 8 et 15 jours, et 20% dans un délai compris entre 15 et 30 jours. Les différences entre ces services reposent sur l'importance accordée à ces informations, et sur l'organisation de la saisie par les secrétariats médicaux. Certains le font au fil des sorties, d'autres «en bloc», avec une périodicité variable.

En conséquence, plus qu'une organisation technique des modes de saisie, c'est dans ce contexte l'effort de communication sur l'importance de cette activité qui sera le facteur principal de la rapidité de codage.

Il conditionnera de plus, la qualité des transcriptions. Dans le cas de certains services, la saisie incombe à des personnels de nuit, non informés de la réalité des prises en charge. Cette situation favorise les risques d'erreurs.

Or les informations doivent être de qualité. Même si le Centre Hospitalier de Dax dispose par l'intermédiaire du logiciel NESTOR d'un outil de contrôle des erreurs éventuelles figurant dans les Résumés d'Unités Médicales, il est de tout intérêt de disposer le plus tôt possible dans la chaîne de saisie, d'informations correctes.

b) Développer des outils de suivi des activités non financées sur la base du GHS.

La T2A repose certes principalement sur l'activité recensée dans le PMSI. Cependant, elle implique, dans une optique de suivi de l'ensemble des coûts, de suivre également les activités financées de manière complémentaire.

Pour les urgences, le suivi des passages doit être organisé. Au Centre Hospitalier de Dax, le changement en 2003 du logiciel de suivi de la file active du Service d'Accueil des Urgences (SAU), sur la base du modèle développé pour un CH voisin, doit offrir cette fonctionnalité.

Mais surtout, toutes les activités donnant lieu à tarification complémentaire, en sus du GHM, doivent pouvoir être recensées, et rattachées au séjour correspondant. Un audit de l'établissement nous a montré qu'actuellement, les dépenses de prothèses étaient certes suivies, mais selon un procédé non automatisé, sans lien avec le dossier informatique du patient. Les prothèses posées font l'objet de la tenue d'un fichier papier au bloc opératoire. L'organisation des achats de prothèses reposant sur un système de dépôt / commande de renouvellement, toute pose au bloc donne lieu à transmission vers les services économiques, de la description précise des éléments utilisés. Le suivi informatique des prothèses ne peut donc être fait, en l'état actuel des choses, que par la production d'un état des commandes de remplacement, fourni par le logiciel administratif (gestion économique et financière) Santé 400. Aucun lien n'est établi, si ce n'est sur le cahier de bloc, entre le patient et la prothèse. C'est grâce à l'évolution (en cours) du logiciel de bloc opératoire qu'il pourra être automatiquement établi. Le planning opératoire qui y sera inséré, permettra de saisir pour chaque patient identifié par son numéro d'hospitalisation, les éléments effectivement posés. La possibilité d'un transfert direct de ces données sera offerte par l'interfaçage du logiciel de bloc et le dossier informatisé du patient.

c) Une opportunité : l'introduction de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

Les hôpitaux sont jusqu'à présent tenus de saisir les actes effectués en leur sein selon deux nomenclatures différentes.

Le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) est utilisé pour le PMSI. Mais il semble incomplet et sa construction insuffisamment rigoureuse est sources d'ambiguïtés et de doublons.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) est, elle, utilisée pour la facturation des actes. Mais son architecture d'ensemble serait mal hiérarchisée et sources d'erreurs.

Dans le cadre de la tarification à l'activité, deux nomenclatures parallèles et obsolètes ne pouvaient être maintenues. C'est pourquoi la Direction de l'Hospitalisation et des Soins a mandaté le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) et l'ATIH pour étudier les modalités de passage au 1^{er} janvier 2004 à la CCAM. Celle-ci devrait à terme servir à la fois pour la description de l'activité dans le cadre du PMSI et pour la facturation (elle remplacerait même la NGAP pour le calcul du ticket modérateur), et serait valable dans les hôpitaux publics, les structures privées d'hospitalisation, les cabinets de ville et les structures d'hébergement.

L'intérêt de la CCAM pour les hôpitaux, dans le cadre du financement à l'activité, est triple. Elle permettra d'accélérer les encaissements ; elle constitue en outre une occasion de rénover le système d'information hospitalier ; elle est une occasion enfin de sensibiliser les agents aux exigences nées du nouveau mode de tarification.

Accélérer les encaissements

Deux évolutions induites par la CCAM permettent de limiter les conséquences néfastes de l'introduction de la tarification à l'activité sur la trésorerie des établissements.

En premier lieu, elle permet de ne pas désynchroniser, comme c'est le cas aujourd'hui, la saisie des données d'activité relatives au PMSI, et celles relatives aux actes pour la facturation. Une interface entre les logiciels PMSI et facturation pourra être facilement établie. Ainsi, aucun décalage ne devrait subsister entre l'activité constatée, mobilisatrice de ressources, et l'activité facturée, déclenchant le dispositif de perception des recettes. La CCAM participe donc à constituer un système de trésorerie des établissements.

En second lieu, elle incite à la décentralisation du codage des actes. Ceci, nous l'avons vu, garantit une plus grande rapidité des encaissements.

La cotation NGAP ne présente pas de difficultés particulières de compréhension (une lettre clé qualifiant l'acte, un coefficient pour la mobilisation de ressources). En conséquence, la saisie des actes sous cette nomenclature peut être faite par des agents sans connaissances médicales particulières.

En revanche, la technicité de la CCAM impose que les praticiens s'impliquent plus fortement dans ce processus. Nécessairement, la saisie devra être effectuée dans les services de soins.

Rénover l'architecture du Système d'Information Hospitalier

Enfin et surtout, le caractère commun de la classification aux fins de codage PMSI et de facturation, offre l'occasion de revoir l'organisation d'ensemble des SIH.

Au Centre Hospitalier de Dax, un « collecteur central », servira de cadre de recueil de toutes les données d'activité exprimées dans la nomenclature CCAM. Celles-ci seront par

la suite redistribuées dans les différents sous-ensembles du système d'information (PMSI, facturation, dossier patient, et pourquoi pas, comptabilité analytique). Tous les centres d'activité sont concernés. Dès lors, tous les logiciels des établissements devront être revus pour être adaptés à la CCAM. Puisque facturation et PMSI sont alimentés par une même base de donnée, l'occasion est donnée de rattacher toutes les actes effectués au patient, et donc au séjour. Cela offre de riches opportunités en terme de comptabilité analytique au séjour⁷, puisqu'il pourrait ne plus incomber à la cellule de contrôle de gestion que la tâche du calcul de la valeur des unités d'œuvre. De plus, l'instauration de la CCAM mène à la disparition de toutes les unités d'œuvre classiques (K, Z, B en particulier), remplacées désormais par les Indices de Coûts Relatifs (ICR), unité d'œuvre nécessaire à l'élaboration de la comptabilité analytique au séjour.

Accompagner une évolution d'ampleur

La CCAM induit des transformations profondes des pratiques, qu'il convient d'accompagner.

Elle nécessite, nous l'avons vu, de réorganiser les modalités de saisie des données. Elle conduit en outre à une nécessaire appropriation d'une classification complexe et technique, rendue d'autant plus difficile que la NGAP innove depuis de nombreuses années les systèmes d'information hospitaliers.

Les équipes informatiques des établissements devront s'attacher à construire des outils d'aide au codage pour éviter tout risque d'erreur. De plus, tout le champ d'application prévu de la CCAM ne sera pas couvert dès 2004. Dans un premier temps, les K et les Z seront remplacés par la nouvelle classification. Mais il faudra attendre 2005 pour que les actes cliniques et les actes d'anatomo-cyto-pathologie y soient intégrés. En conséquence, les établissements auront la lourde tâche de gérer la coexistence de deux systèmes incompatibles.

Mais de plus, il s'agira de faire partager à tous les personnels soignants, par les moyens de communication adéquats, tout l'intérêt et l'enjeu que porte cette réforme. Un codage de qualité sera en effet la condition d'une juste rétribution des hôpitaux.

Outre ces modifications importantes du système d'information que suppose l'articulation des projets tarification à l'activité et introduction de la CCAM, les établissements doivent se préparer à un changement radical de leur méthode d'élaboration et de suivi budgétaires.

⁷ cf partie 3, Fondements d'une amélioration des outils de gestion : le cas du Centre Hospitalier de Dax

B) Une réorganisation des méthodes de suivi comptable et financier des établissements de santé

a) *De nouvelles modalités d'élaboration budgétaire*

La réforme de la tarification implique pour les établissements d'envisager la mise en œuvre de nouvelles modalités de préparation du budget. En effet, alors que jusqu'à présent, celle-ci se fondait sur l'estimation de recettes liées à la reconduction des crédits préalablement alloués et affectés d'un taux d'augmentation, ainsi que sur la demande de crédits supplémentaires destinés à financer les mesures nouvelles, il s'agira désormais pour eux d'estimer leurs prévisions de dépenses en fonction de prévisions de recettes. Le cadre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), acte de prévision et d'autorisation, déjà utilisé dans certains Etablissements Publics Industriels et Commerciaux (EPIC), pourrait remplacer à terme le cadre budgétaire actuel.

En conséquence, l'évaluation de leur activité prévisionnelle sera déterminante pour limiter les risques de déficit final.

Or si aujourd'hui, les propositions budgétaires transmises à l'ARH avant le 15 octobre intègrent des prévisions d'évolution d'activité, celles-ci bien souvent, eu égard à leur faible pouvoir d'influence sur les autorisations tutélaires, n'étaient faites que de manière très imprécise. Elle devront donc être affinées.

Il conviendra de raisonner non plus sur un secteur sanitaire, mais en termes de bassin d'attraction. Il faudra de plus déterminer un faisceau de critères permettant d'évaluer l'évolution prévisionnelle des besoins de santé sur celui-ci.

Le calendrier budgétaire devrait de plus être revu. En effet, les recettes prévisionnelles ne pourront être déduites des prévisions d'activité qu'une fois les tarifs connus. Ceux-ci découlant de la loi de financement de la sécurité sociale, promulguée en fin d'année n-1, le budget prévisionnel ne pourra, comme c'est encore le cas, être établi pour n avant la fin de n-1.

Enfin, ces modalités semblent devoir impliquer une redéfinition du régime d'approbation budgétaire, et donc du rôle de la tutelle. L'intervention de l'ARH pourrait être envisageable en cas de sur-évaluation manifeste des recettes (estimée au regard des prévisions nationales d'activité au moment de l'élaboration des tarifs, et de l'environnement concurrentiel de l'établissement), de sous-évaluation flagrante des dépenses (qu'elle pourra apprécier au regard du montant historique des charges obligatoires).

On passerait alors d'un régime d'autorisation de crédits (contrôle a priori) à l'exercice d'un contrôle a posteriori de la sincérité des prévisions. Dans un tel cadre, le pouvoir tutélaire de régulation apparaît bien amoindri.

b) De nouvelles modalités de suivi des dépenses

De plus, alors qu'aujourd'hui le budget approuvé déclenche le versement d'une dotation globale fixe, et que donc pour l'essentiel les recettes projetées sont réalisées, rien n'indique que les encaissements, dans un système fondé sur l'activité, n'atteignent le niveau prévu.

En conséquence, le suivi du budget devra être particulièrement fin et réactif, afin de laisser la possibilité à la direction de prendre le cas échéant les mesures correctrices qui s'imposent afin de limiter l'écart entre dépenses et recettes effectives. Un bilan régulier des réalisations en dépenses et en recettes devra être effectué.

On peut ici envisager une intervention de la tutelle en cas de défaillance de la direction à prendre ces mesures le cas échéant. Le pouvoir de substitution d'action, sur lequel se fonde celui actuellement dévolu au directeur de l'ARH pour arrêter et rendre exécutoire le budget dans certaines conditions, pourrait en constituer une base juridique convenable.

c) Une gestion affinée de la trésorerie

Enfin, les méthodes de gestion de la trésorerie devront tenir compte des fluctuations des encaissements.

Aujourd'hui, 85% environ des recettes, correspondant à la dotation globale, sont versés à dates fixes pour des montants fixes. Dans un système de rémunération, même partielle, en fonction de l'activité, les encaissements deviennent fluctuants selon les mois.

Il conviendra donc d'affiner sensiblement le suivi de la trésorerie, dans un dispositif au jour le jour. De plus, une organisation efficiente devra être trouvée, de la constatation des droits à recette (le codage des actes effectués), à l'encaissement réel. Les directions financières devront s'assurer de la transmission au plus près de l'acte, des données de facturation à la caisse pivot. La chaîne interne de gestion de ces délais implique une coordination des services de soins dans un système de codage décentralisé, des services de facturation, et se prolonge en externe par la recherche d'une rapidité de transmission des informations entre l'ordonnateur et le comptable. Une simplification des procédures comptables pourrait à ce titre être envisagée, de façon à limiter les contrôles redondants, et raccourcir ainsi les délais d'encaissement. En outre, la possible dématérialisation des titres de recettes, reposant sur le développement d'interfaces entre les systèmes d'information des hôpitaux et du Trésor, offre des perspectives intéressantes. La généralisation de l'application des normes Noémie et B2 permettrait également d'accélérer la circulation des informations entre établissements, Trésor, et caisse-pivot.

d) *Des directions financières et de contrôle de gestion renforcées ?*

La multiplicité des modalités de financement prévues dans le cadre de la réforme implique un suivi d'enveloppes multiples (MCO, MIGAC, activités hors MCO). Si l'on y ajoute l'impératif d'affinement de la gestion de trésorerie, il semble qu'à la fois la taille (sans compter l'importante charge de travail qu'impliquera le passage de l'un à l'autre des systèmes de financement) et la technicité des directions financières devront être accrues. Mais surtout, l'abandon de la dotation globale entraîne la nécessité d'une analyse précise des coûts.

2.1.2 Du suivi des dépenses à une approche en termes de coût

A) L'introduction d'une notion de rentabilité

Suppression de la carte sanitaire, rénovation du statut des groupements de coopération sanitaire, attestent d'une volonté de rapprochement des établissements de santé publics et privés. La baisse de la démographie médicale les y pousse parfois déjà. La réforme du financement les y contraindra probablement.

En effet, la tarification à l'activité introduit à l'hôpital la notion de rentabilité. Dans l'idéal (économique), une prise en charge ne devrait pas coûter plus cher que ce qu'elle ne rapporte. Or la théorie micro-économique classique des économies d'échelle amène à penser que la taille des unités de production joue un rôle sur le niveau de coûts. En conséquence, si l'on occulte le caractère spécifique de la « production » et des missions hospitalières, pourquoi ne pas envisager des complémentarités entre structures de soins, des regroupements d'activité sur des pôles, afin de dégager des marges de manœuvre financières ?

Si répondre à cette interrogation relève d'une décision d'ordre stratégique, qui ne peut nécessairement reposer que sur des données économiques⁸, on voit déjà que l'analyse des coûts dans un contexte de tarification à l'activité trouve une place essentielle dans l'orientation des choix. Sans entrer dans des considérations de cet ordre, on ne peut envisager dans un tel contexte qu'un gestionnaire responsable de la poursuite de missions de service public, prenne le risque de n'être plus à même de les remplir pour n'avoir pas pu se rendre compte d'un déséquilibre entre les recettes et les dépenses.

Par conséquent, une analyse de gestion élémentaire, dans ce nouveau cadre de financement, l'amène à étudier finement le rapport coûts engagés / rémunération perçue pour chacune des activités de son établissement. En conséquence, avant même

⁸ cf. partie 3, Fondements d'une amélioration des outils de gestion : le cas du Centre Hospitalier de Dax

d'aborder des questions d'ordre stratégique, le gestionnaire doit disposer d'outils qui permettent de l'estimer.

- B) Le développement nécessaire d'une gestion médicalisée des dépenses et des recettes

Une articulation essentielle doit donc être désormais recherchée entre d'une part la description de l'activité des services cliniques, et donc des recettes qu'elle génère, et d'autre part les dépenses qu'elle engage.

- a) *Le développement de la comptabilité analytique hospitalière : vers le coût au séjour*

Dans rapport de juin 2003⁹, la Mission Tarification à l'Activité fait un premier bilan du degré d'exploitation des données comptables hospitalière en gestion interne. La situation des établissements sur ce point s'avère très inégale.

Pour de nombre d'entre eux, les analyses de gestion se limitent à un état annuel ou trimestriel des dépenses par unité fonctionnelle ou par service. Des comparaisons d'une année sur l'autre peuvent être effectuées dans ce cadre.

Même si de telles analyses constituent une étape essentielle, elles présentent deux limites.

La première touche à l'absence d'un rapprochement entre dépenses et activité. Constaté une variation des charges d'une année sur l'autre ne renseigne en rien ni les gestionnaires, ni les soignants, sur l'efficacité économique des prises en charge. Le suivi des dépenses n'informe en rien sur les modalités de constitution des coûts. En effet, la fluctuations des charges constatées peut tout aussi bien dépendre de pratiques nouvelles, induisant des variations dans les consommations de ressources, que d'évolution des caractéristiques de l'activité à « pratiques constantes ». C'est pourquoi la réforme de la tarification implique au minimum un rapprochement, au moins au niveau agrégé, de la production de l'unité d'analyse (son case mix exprimé en points ISA), et des dépenses engagées y correspondant. Dans un tel cadre seulement, peuvent être faites des comparaisons entre services, entre établissements, ou entre un coût et un tarif. Mais celles-ci ne peuvent que marginalement orienter des décisions de gestion si elles demeurent à un niveau aussi agrégé.

La seconde concerne l'exploitation faite par les gestionnaires de la connaissance des coûts ainsi exprimée. Celle-ci s'avère semble-t-il souvent embryonnaire. Dans de

⁹ Synthèse de l'état des lieux du Système d'Information des Etablissements sous DG expérimentateurs de la réforme de la tarification

nombreux cas, le dialogue entre direction, et équipes médicales et soignantes sur la base des études internes est en effet peu engagée, du fait soit de l'absence de diffusion aux services des résultats obtenus, soit de leur manque de précision, qui limite toute possibilité d'en faire un outil explicatif des pratiques.

Certaines structures, de taille importante ou ayant développé un système d'information performant (les deux se recoupant souvent), dépassent largement ce niveau d'analyse. Pour certaines, l'intérêt du couplage PMSI / comptabilité analytique a été entrevu depuis plusieurs années, sinon pour instaurer les bases d'une délégation de gestion (démarche très dépendante de la situation financière globale des établissements), tout au moins pour initier un rapprochement des équipes médicales, soignantes et administratives sur des considérations médico-économiques.

Pour autant de telles démarches, dans un contexte nouveau de tarification à l'activité, ne peuvent désormais être mises en œuvre que sur la base d'un suivi très fin des dépenses selon l'activité. Une comptabilité analytique au séjour devrait en effet être développée pour mettre en adéquation aux principes de tarification le degré de connaissance des coûts.

La difficulté d'un tel projet réside dans la coordination de divers acteurs, nécessaire tant pour que soient offertes les conditions techniques d'un calcul des coûts au séjour, que pour envisager les termes d'un dialogue entre équipes gestionnaires et soignantes.

b) Des préalables techniques : l'amélioration du système d'information hospitalier

La mention dans un document relatif au SIH¹⁰ de procédures de comptabilité analytique, révèle l'existence d'un lien intime entre niveau de développement de cette dernière et performance du système d'information.

Si l'on suit la méthode d'élaboration des coûts par séjour proposée par le Guide de Comptabilité Analytique Hospitalière¹¹, plusieurs conditions doivent être réunies, qui tiennent en premier lieu au recueil des informations relatives au patient, et en second lieu à la définition du fichier structure.

Organiser le recueil de l'information relative au patient

Un certain nombre de dépenses doivent pouvoir être suivies au séjour.

Ainsi celles relatives aux médicaments coûteux, aux dispositifs médicaux implantables, aux actes réalisés à l'extérieur, ainsi qu'aux produits sanguins. Pour ces derniers

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ministère de l'Emploi et de la solidarité, Bulletin Officiel n° 97/2 bis, tome 3

cependant, la traçabilité imposée par les exigences de sécurité sanitaire implique d'ores et déjà un suivi individualisé.

Ainsi en second lieu les actes médico-techniques effectués dans l'établissement¹².

Revoir le fichier commun de structure

Une concordance systématique entre unité d'affectation de charges et unité de comptabilisation de l'activité doit être recherchée. Au Centre Hospitalier de Dax, celle-ci n'est pas intégrale, certaines unités médicales au sens PMSI ne correspondant pas parfaitement aux Unités Fonctionnelles au sens de suivi des charges. Cependant, ces différences ne touchent que les unités de soins thermaux, rattachés aux soins de suite et de réadaptation. Il n'est donc pas indispensable de les gommer immédiatement, puisque la tarification à l'activité ne concerne dans un premier temps que le champ MCO.

De plus, le découpage en sections d'analyse et en unités fonctionnelles doit être réalisé suivant le croisement de deux principes : distinction des spécialités, et des modes de prise en charge..

Enfin, puisque la réforme du financement prévoit une tarification particulière de certaines activités (en particulier soins palliatifs et insuffisance rénale chronique), celles-ci doivent faire l'objet d'une spécification dans le fichier structure.

Dans l'un comme dans l'autre cas, ces adaptations nécessitent une collaboration du Service d'Information et d'Organisation (SIO), et de la direction chargée du contrôle de gestion. Mais une concertation plus élargie semble garante de l'acceptation par les acteurs de soins d'une démarche d'analyse médico-économique.

c) La définition concertée des termes de l'analyse

Un coût n'est pas une donnée, c'est une construction. Il vise à traduire une réalité sous un angle d'approche prédéfini. Celui-ci doit être défini en concertation pour qu'il ne soit pas mal interprété. L'information sur les coûts ne doit pas être considérée par les acteurs de terrain comme un outil de contrôle.

¹² Une contrainte technique supplémentaire est imposée dans le cas des actes médico-techniques. Les unités d'œuvre utilisées doivent être exprimées non en lettres-clés NGAP, mais en ICR, plus représentatifs de la réalité des coûts engagés. Ceux-ci rendent compte précisément, en effet, du degré de consommation de ressources humaines et matérielles, puisqu'il reposent sur trois sous-indices : d'activité médicale, d'activité soignante, et de consommation de ressources matérielles. La mise en place progressive de la CCAM permettra un passage de fait des lettres clés anciennes à l'ICR.

On doit éviter de plus qu'il ne soit mal utilisé. D. Vinot¹³, dans une analyse de l'utilisation faite des outils de gestion, met en avant le risque qu'ils ne soient détournés de leur objectif initial.

C'est pourquoi il semble nécessaire que la démarche soit partagée. La tarification à l'activité constitue une réforme d'ampleur qui ne manquera pas de générer des réticences et des interrogations. Le choix de la progressivité doit donc être fait.

Une première étape consiste en l'information des acteurs sur les enjeux de la réforme et la nécessité d'une connaissance précise des coûts. Cela passe par l'utilisation des moyens de communication interne préexistants (journal de l'établissement). Les formations assurées par l'encadrement administratif, doivent également aborder ce thème. Les instances institutionnelles en outre, constituent à ce stade un cadre privilégié de diffusion ; la logique de représentation s'inscrit en effet dans un double sens : ascendant et descendant. Cette information / formation vise à sensibiliser les acteurs de soins à la responsabilité qu'ils portent, de par leurs pratiques, dans la pérennité de l'activité.

La création de groupes de travail sur la définition des outils permettant à la fois de satisfaire les exigences de gestion et les besoins d'information des acteurs constitue une seconde étape. Celle-ci ne peut être correctement franchie que si l'information a été convenablement faite. Cette deuxième phase vise à mettre en avant l'objectif central : un outil de connaissance des coûts ne doit être que la base d'une recherche des causes explicatives de leur formation. Grâce à la connaissance des pratiques quotidiennes qu'ont les acteurs de soins, ils peuvent permettre d'orienter la réflexion sur les points qui leur semblent pertinents.

Cette sensibilisation et cette association à la réflexion semble en outre nécessaire pour, le cas échéant, préparer l'ensemble des acteurs à une éventuelle délégation de gestion, qui, ainsi que le Plan Hôpital 2007 le montre, semble directement découler de la mise en œuvre de la tarification à l'activité : la connaissance des coûts est un préalable à la responsabilisation.

¹³ « De l'usage interne des points ISA, pertinence local ou cohérence globale », Gestions Hospitalières, octobre 1998

2.2 La responsabilisation des acteurs : les impacts de la tarification à l'activité sur l'organisation et le management

Le lien est fort entre tarification à l'activité et délégation de gestion. Si les sources des coûts sont connus, les responsabilités également. Ne pas fournir l'occasion à ceux qui contribuent à leur formation reviendrait in fine à ne faire de la connaissance qu'un outil de contrôle. Or elle peut être envisagée comme un levier de management.

Certes, l'article 9 de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduisait déjà une procédure de contractualisation interne. En l'état actuel, il en constitue encore le seul fondement juridique, mais il retrouve une justification toute particulière dans le contexte présent.

2.2.1 Principes d'une délégation responsabilisée de la gestion

Elle repose sur un principe contractuel, fondé sur une connaissance préalable des objectifs susceptibles d'être atteints.

A) Un fondement : des outils d'analyse de gestion fiables et éprouvés

La contractualisation interne aux établissements de santé constitue l'aboutissement d'une démarche préalable d'information par le biais d'outils de gestion adaptés. Des objectifs quantitatifs raisonnables doivent en effet nécessairement être en rapport avec une certaine réalité exprimée et partagée.

C'est pourquoi une période relativement longue de diffusion de tableaux de bord (deux ans au minimum), sont nécessaires avant toute délégation afin de :

- s'assurer de la fiabilité des informations,
- disposer d'une base correcte d'analyse (une forte fluctuation des dépenses de l'entité d'une année sur l'autre peut même amener à prolonger cette étape préalable, afin de s'appuyer sur une moyenne valable),
- faire évoluer selon les besoins les informations retracées.

B) Un acte d'engagement : le contrat de gestion

Le projet d'établissement du Centre Hospitalier de Dax, prévoit la mise en œuvre d'ici 2006 de contrats de gestion, définis comme «un accord passé entre une unité et la direction, qui repose sur l'idée fondamentale d'un engagement à l'avance des deux acteurs sur la réalisation d'objectifs de qualité des soins et d'activité médicale pour une durée déterminée ». Le cadre général adopté repose sur les principes suivants.

Un engagement réciproque sur des objectifs d'efficacité (qualitative, économique, organisationnelle) de l'unité d'une part, et des fournitures de moyens (financiers, humains, matériels, en formation) par la direction d'autre part, constitue donc les termes de l'échange. Des modalités d'intéressement collectif (par exemple financiers) aux résultats

sont prévues. On dépasse dès lors la logique verticale de délégation administrative de crédits.

Les objectifs fixés font l'objet d'une concertation préalable entre les deux parties, et rendent compte de la spécificité de l'unité. Ils sont pondérés selon leur importance stratégique.

L'atteinte des objectifs est évaluée annuellement. Leur degré de réalisation déclenche le mécanisme d'intéressement selon les modalités prévues contractuellement.

C) Des contours cohérents : la notion de pôle d'activités

La logique de la contractualisation repose préalablement sur la définition d'unités de gestion ayant une cohérence. Au cadre rigide des unités fonctionnelles ou des services doit donc être substitué un cadre plus souple, regroupant des activités pour lesquelles des objectifs communs peuvent être dégagés.

La mise en œuvre de délégations de gestion nécessite en outre de ré-envisager l'organigramme général de l'établissement.

2.2.2 Une refonte de l'organigramme général

On pourrait imaginer deux axes principaux d'articulation nouvelle des responsabilités dans un cadre de gestion interne contractualisée.

A) L'articulation pôle / direction

A un pôle pourrait être affecté un directeur, référent administratif de l'entité. Il engagerait la direction quant au respect des engagements fixés par contrat. Il serait le partenaire privilégié dans la définition concertée des objectifs annuels.

La fonction de direction pourrait être en conséquence repensée sous deux angles :

- Fonctionnel : le cadre de direction disposerait toujours d'une délégation pour l'exercice de sa responsabilité dans une fonction classique (finances, économet, gestion des ressources humaines, etc...) ;
- Transversal : le cadre de direction s'attacherait à obtenir les soutiens nécessaires au bon déroulement matériel des projets du pôle dont il serait le référent.

B) Organisation interne du pôle

Au sein du pôle, un cadre administratif assurerait le suivi quotidien

- de l'activité
- des indicateurs définis pour évaluer la réalisation des objectifs
- des dépenses du service.

Il déchargerait de la sorte le cadre soignant de tâches administratives pour que ce dernier puisse se recentrer sur sa mission d'encadrement¹⁴. Il assurerait le lien administratif entre le pôle et la direction des finances, ainsi que le cadre de direction référent.

Un médecin chef de pôle serait chargé de la coordination des projets qui auraient fait l'objet d'un engagement, et de la qualité des soins prodigués.

Un tel projet constituerait un renversement des perspectives de management. Il nécessiterait, nous l'avons vu, de définir préalablement des outils de gestion visant à la réalisation d'un diagnostic précis. La réforme de la tarification implique d'en revoir les modalités d'élaboration. C'est ce à quoi je me suis principalement attaché au cours de ce stage.

3 FONDEMENTS D'UNE AMELIORATION DES OUTILS DE GESTION : LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER DE DAX

La mise en œuvre de la tarification à l'activité est une réforme d'ampleur. Même si l'ensemble des modalités techniques ne sont pas encore, à ce jour connues, il semble nécessaire pour les hôpitaux de les anticiper, et de commencer dès à présent à réfléchir à la modernisation de leurs outils de gestion.

La démarche au Centre Hospitalier de Dax avait été initiée dès les premières évocations du passage à ce qui était dénommé alors «tarification à la pathologie ». Dès lors, le contexte y était particulièrement favorable. Cependant, dans une optique d'amélioration du suivi des coûts, les outils déjà existants doivent être optimisés. Pour tenir compte du bouleversement culturel que ne manquera pas de constituer la tarification à l'activité, cette action ne peut se faire que dans une démarche d'autant plus progressive que l'approche retenue implique un dépassement du strict cadre médico-économique.

3.1 Un contexte favorable

La création ex nihilo en 1999 d'une direction chargée exclusivement du contrôle de gestion, atteste d'une perception anticipée des exigences futures d'amélioration de la gestion interne.

3.1.1 Des outils de gestion préexistants

Depuis 1999, plusieurs outils de gestion ont été développés.

¹⁴ Dans une telle structure, il conviendrait de plus de s'interroger sur le contenu des fonctions qu'assument aujourd'hui encore les cadres supérieurs de santé.

A) Des compétences techniques éprouvées

Sur le plan technique, le Centre Hospitalier de Dax participe depuis 1999 à l'Etude Nationale des Coûts des Soins de Suite et de Réadaptation. En conséquence, la présence de personnels compétents et aguerris aux arcanes de la comptabilité analytique (en nombre limité toutefois) permet offre l'appui technique nécessaire (mais non suffisant) au développement des outils de gestion. De plus, la participation du CH Dax depuis 2000 à la Base des Coûts d'Angers, pour un grand nombre de ses services médico-techniques et logistiques, constitue un avantage indéniable, puisque elle offre une méthodologie de calcul de coûts d'unités d'œuvre qui s'avèreront utiles (voir par la suite) pour la production de tableaux de bord coût case mix.

B) Tableaux de bord et prescriptions informatisées

La direction du contrôle de gestion, outre la participation à des études de coût, a développé depuis sa création des outils de gestion intéressants qui n'existaient pas jusqu'alors.

a) *De la connaissance rétrospective...*

Des tableaux de bord de gestion sont communiqués trimestriellement aux services de l'hôpital.

Ceux-ci sont de deux types. Il s'agit en premier lieu d'un suivi des dépenses consommées, présentées par groupes (groupes I, II et III) et comparées à l'année antérieure. Des tableaux de bord médicalisés, retraçant cette fois un suivi de l'activité des services, ainsi que la valeur de quelques indicateurs de performance (nombre de points ISA produits, nombre de séjours et de mono-séjours, DMS, nombre de décès, âge moyen, modes d'entrées et de sorties...), sont produits en complément tous les trimestres.

Ces outils ont permis, outre un suivi des coûts, l'instauration d'un dialogue entre équipes administratives et soignantes sur la base d'un langage médico économique commun. Culturellement, le Centre Hospitalier ne fait donc pas partie des hôpitaux les moins engagés dans une réflexion transversale sur les coûts.

b) *...à une information prospective des dépenses engagées*

Outre ces outils de connaissance rétrospective des coûts, le Centre Hospitalier a initié, dès 2000, le développement d'un outil de connaissance prospective des coûts de prise en charge.

En effet, si les tableaux de bord ont pu servir à instiller dans les équipes une culture économique, et leur faire percevoir l'intérêt, dans un contexte budgétaire tendu, d'un suivi des dépenses, ils ne pouvaient constituer des outils influençant les comportements. En

particulier, les délais de production des tableaux déconnectent la traduction économique des faits.

C'est pourquoi la collaboration de la direction financière, la direction du contrôle de gestion, les équipes du Département d'Information Médicale et des Systèmes d'Information et d'Organisation, soutenus par la Direction Générale, a permis l'élaboration et la mise en place d'un outil performant d'exploitation à des fins prospectives du PMSI.

Une part importante des coûts d'un établissement de santé est induite par les producteurs de soins. Certes, il est assez surprenant que des unités employant 40 à 50 personnes, soit équivalentes à des PME, ne sachent pas combien ni comment elles dépensent. Les tableaux de bord leur permettent de répondre, dans un certain délai, à la première des questions. Mais pour la seconde, la réponse est conditionnée par un rapprochement de l'activité et des dépenses qui s'y rattachent. De plus, pour que cette information ait un impact sur les comportements des responsables de l'engagement des charges, il semble tout à fait nécessaire qu'elle soit le plus possible rapprochée de leur décision, et qu'elle concerne des coûts directement maîtrisables par eux. Alors seulement elle permet de l'influencer.

Un outil original de prescription informatisée reposant sur ces deux principes a donc été développé, et continue toujours d'être testé dans 5 services expérimentateur. Plusieurs objectifs ont fondé cette démarche.

Un outil de valorisation en temps réel des prescriptions et de comparaison avec une référence.

A cette fin, il se devait de remplir plusieurs fonctionnalités.

Il se devait tout d'abord d'être mobile. Des tablettes informatiques, reliées au système central par faisceau hertzien, accompagnent le prescripteur au chevet du malade.

Il se devait en outre d'associer à chaque médicament prescrit un prix d'achat. Cela suppose en amont une participation de la pharmacie hospitalière et des services économiques, afin tout d'abord de définir des unités standard de prescription et d'administration pour tous les médicaments de l'établissement, ensuite de leur impliquer le prix convenu dans le marché passé.

Cela induisait de plus de pouvoir comparer le coût de la prescription à une référence, pour un cas médical donné. L'Etude Nationale des Coûts décompose pour chaque GHM les coûts moyens de prise en charge (et en particulier les charges de produits pharmaceutiques). Il s'agissait dès lors de classer le séjour dans un GHM non à la sortie, mais dès l'entrée du malade. Un diagnostic anticipé doit donc être posé, quitte à ce qu'il soit modifié en cours d'hospitalisation, afin que le GHM supposé du patient soit connu au moment de la prescription. De la sorte, chaque unité prescrite, au chevet du malade, peut être en temps réel valorisée et comparée avec les dernières références connues. Mais de

plus, cet outil permet de connaître la moyenne des charges de médicaments engagées pour tous les patients relevant d'un même GHM. Ainsi, l'outil de prescription informatisée remplit deux fonctions : il peut influencer directement le médecin lors du choix de prescription ; il permet de connaître les cas pour lesquels la prise en charge au Centre Hospitalier de Dax n'est pas optimale sur un plan économique.

Un outil de sécurisation de la prescription.

Puisque tous les médicaments sont répertoriés dans le système d'information, il semblait intéressant d'adjoindre à cette première fonctionnalité, dans un contexte d'exigences accrues dans le domaine de la qualité des soins prodigués, de renseigner également le prescripteur sur les éventuelles interactions médicamenteuses. Un message d'alerte s'affiche le cas échéant, au moment même de la saisie de la prescription.

De plus, détail certes mais qui a son importance, cet outil permet d'éviter au médecin de se saisir de son stylo, qu'il manie en général, nous le savons tous, beaucoup moins dextrement que le stéthoscope. Par conséquent, les infirmiers chargés de l'administration des médicaments prescrits risquent moins de commettre des erreurs dues aux difficultés de déchiffrement des ordonnances. Ce faisant, l'informatisation de la prescription facilite le respect par les médecins de l'article 34 du code de déontologie, qui les enjoint à « s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution ».

Un outil d'amélioration de la prescription

A chaque GHM, chaque médecin associe un ou plusieurs protocoles médicamenteux enregistrés dans le système d'information. Ceux-ci peuvent être affichés, et le cas échéant, appliqués à un nouveau malade pour un GHM déjà traité. La prescription peut donc être accélérée. De plus, puisque le coût de chaque protocole est comparé à une référence nationale, et que chaque médecin a accès aux protocoles de ses confrères, l'efficacité à la fois médicale et économique de l'ensemble des pratiques peut être évaluée.

Le développement de l'un et l'autre de ces outils n'a pu reposer que sur l'existence d'un système d'information performant. Le Centre Hospitalier de Dax présente la particularité de disposer d'une équipe informatique de production étoffée. Toutes les fonctionnalités décrites ci-dessus ont donc pu être développées en interne. Ceci offre le double avantage d'assurer le développement de produits conformes aux besoins exprimés et de permettre une maîtrise totale de la maintenance et de l'évolution de ces produits.

C) Un soutien institutionnel affirmé

Ces démarches ont de plus été facilitées par la participation active de quatre acteurs clés. Le président de la Commission Médicale de l'époque avait assuré de son soutien de telles

démarches de connaissance à la fois rétrospective et prospective des coûts. Le directeur général de l'établissement ainsi que le responsable du DIM étaient tous deux convaincus de l'intérêt stratégique à venir du développement d'outils de gestion médicalisée des établissements de santé. La directrice chargée du contrôle de gestion avait à cœur de tenter d'associer le plus possible les producteurs de soins aux gestionnaires.

C'est pourquoi il a été possible de faire du système d'information hospitalier du CH Dax un véritable outil d'aide à la décision et à la gestion interne.

Ces deux démarches complémentaires ont permis de préparer le terrain à la fois culturellement et techniquement aux nouvelles modalités de financement à l'activité. De plus, elles s'inscrivent dans la continuité. Le projet d'établissement 2002-2006, dans son volet projet de gestion, prévoit parmi trois objectifs prioritaires, deux intimement liés à cette réforme. Sont prévus à la fois :

- la préparation à la réforme en elle même par l'amélioration de la qualité et l'exhaustivité de l'évaluation de l'activité médicale, ainsi que le développement de la comptabilité analytique
- et le développement des outils de contractualisation interne qui, bien que reposant juridiquement sur les ordonnances Juppé de 1996, retrouvent une pertinence particulière dans un contexte de responsabilisation nécessaire des producteurs de soins.

C'est dans ce contexte local particulier que peuvent être envisagés deux projets visant à permettre à l'hôpital de Dax de ne pas subir, mais d'accompagner le changement induit par cette réforme.

3.2 Améliorer les outils préexistants : deux axes complémentaires

Il s'agit en premier lieu de poursuivre le développement de l'outil de prescriptions informatisées, et d'en corriger les défauts. En parallèle, l'expérience des tableaux de bord doit, malgré le départ de la directrice chargée du contrôle de gestion, être poursuivie et affinée.

3.2.1 Développer l'outil prescriptions informatisées

Malgré l'intérêt indéniable qu'il présente, le projet de prescriptions informatisées souffre de critiques de la part des services expérimentateurs. Certes, son fondement n'est pas remis en cause ; mais les désagréments pratiques qu'il génère nécessitent d'être corrigés. En outre, les fonctionnalités offertes présentent des lacunes qu'il s'agit de combler. Enfin, il serait intéressant d'en intégrer de nouvelles.

- A) Rempporter l'adhésion des utilisateurs par l'adaptation du produit aux besoins exprimés

Il s'agit en premier lieu de régler les difficultés pratiques de fonctionnement de l'outil pour le mettre en adéquation avec les besoins exprimés par les équipes médicales et soignantes.

- a) *Un préalable : des soucis techniques à régler par le SIO*

Le lien effectué entre les tablettes informatisées et le réseau central est assuré par faisceau hertzien. Celui-ci est perturbé par le fonctionnement dans le service de soins des fours micro ondes destinés au réchauffement des repas. En conséquence, dans un premier temps, les horaires des visites dans les services expérimentateurs devaient être déterminés non par la disponibilité des équipes, non plus par l'état des patients hospitalisés, mais par des soucis purement techniques -et somme toute burlesques- d'interférence avec les ondes des fours. Un tel détail avait le don d'agacer les médecins, qui se devaient de décaler leurs visites pour laisser lesdits fours fonctionner en paix. Suite à l'intervention des techniciens informatiques, la fréquence des ondes hertziennes a été modifiée pour éviter dorénavant toute interférence.

- b) *Des développements à prévoir pour coller aux besoins : la concertation nécessaire entre services de soins, pharmacie hospitalière et SIO*

Intégrer l'ordonnance de sortie

Les médecins demandent que le produit soit enrichi. En effet, s'il permet la rédaction des ordonnances pour des patients hospitalisés, il n'offre pas la possibilité d'assurer par les mêmes procédés la production de l'ordonnance de sortie, encore écrite manuellement. Cette exigence est forte, tant les praticiens hospitaliers considèrent qu'il est de leur devoir déontologique, de «transmettre aux médecins qui participent à [la] prise en charge [du patient] ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins »¹⁵. La principale difficulté technique à la mise en service de cette fonctionnalité réside dans l'organisation des correspondances entre médicaments disponibles et donc prescrits dans l'établissement, et ceux accessibles dans le secteur libéral. Le SIO, en concertation avec la pharmacie hospitalière, doit insérer dans la base de données pharmaceutiques les équivalences médicamenteuses des traitements utilisés dans l'hôpital, et en particulier les équivalences génériques.

Améliorer la gestion des protocoles et des favoris.

¹⁵ Code de déontologie médicale, article 45

L'accès des prescripteurs à leurs protocoles doit être facilité.

Compléter le dispositif à destination des soignants : le module d'administration

Les soignants ne sont pas bénéficiaires de toutes les fonctionnalités que pourrait offrir l'outil. En particulier, le SIO doit étudier la possibilité de tirer de la prescription, les fiches de soins en découlant.

- B) Affiner la connaissance des coûts de médicaments : une concertation nécessaire entre la cellule de contrôle de gestion, la pharmacie hospitalière, les médecins prescripteurs et le DIM

- a) *Valoriser les médicaments acquis à titre gratuit*

Le module fonctionne par comparaison entre les prix d'achat des médicaments prescrits, et les coûts moyens constatés par l'Etude Nationale des Coûts. Or, la politique commerciale de certains laboratoires les pousse à fournir à titre gratuit un certain nombre de médicaments. En conséquence, certains d'entre eux apparaissent dans le module à un coût nul ; l'objectif pédagogique de l'outil est dès lors réduit à néant. D'autant plus que ces obtentions à titre gratuit concernent tout particulièrement certaines disciplines précises, comme la cardiologie, service expérimentateur. Un prix « virtuel » doit donc être intégré.

Proposition 1: appliquer à l'ensemble des médicaments valorisés, le coût de gestion de la pharmacie.

La réalisation de l'Etude Nationale des Coûts au Centre Hospitalier de Dax implique d'isoler les charges de fonctionnement imputables à la section d'analyse pharmacie. Cette charge connue, il est possible de la répartir sur les différents produits qu'elle stocke. De la sorte, tous les médicaments seront valorisés, quel que soit leur prix d'achat.

Cependant, cette solution ne paraît pas optimale ; deux limites peuvent lui être opposées.

Tout d'abord, le choix de la clé de répartition s'avère complexe. Elle ne peut être le prix d'achat : les produits acquis gratuitement ne seraient toujours pas valorisés. On pourrait ventiler les charges de gestion selon la durée de stockage. Cela suppose de déterminer le volume global de jours de stockage :

$\begin{array}{c} \text{nombre de références} \times \text{durée moyenne de stockage par référence} \\ = \\ \text{volume global de jours de stockage.} \end{array}$

Les charges de gestion divisées par le volume global permettraient d'apprécier la valeur journalière de stockage pour toutes les références. On relève que cette méthode induit une connaissance a minima de la durée moyenne globale de stockage, et au plus fin de la durée moyenne pour chaque référence. Ce travail très lourd semble disproportionné à l'objectif poursuivi. D'autant plus qu'un paramètre important a été écarté : dans cette hypothèse, on considère que les charges de gestion du médicament administré n'incombe qu'à la pharmacie. Or tous les services disposent de stocks intermédiaires, difficiles à évaluer.

Ensuite, la référence que constitue l'Echelle Nationale des Coûts n'impute pas spécifiquement à chaque GHM les charges de la pharmacie. Celles-ci sont agrégées dans un ensemble plus vaste, qui regroupe toutes les charges de logistique médicale (pharmacie, stérilisation, hygiène, DIM ...), déversées par la suite sur chaque GHM. Par conséquent, aucune comparaison valable ne pourra être effectuée entre le coût total local du médicament et la valeur de la référence nationale, qui sera nécessairement supérieure.

C'est pourquoi cette proposition ne semble pas judicieuse.

Proposition 2: imputer aux médicaments aujourd'hui non valorisés un coût correspondant au prix public hospitalier fixé par les laboratoires médicaux.

Elle présente deux avantages. Elle est simple à mettre en œuvre. En effet, il suffit pour chaque médicament non valorisé (environ 90 références), de rechercher par laboratoire le prix de vente officiel. Elle permet de comparer deux données exprimant la même réalité, à la différence de la première proposition.

En outre, si l'on s'accorde sur le fait que le module de prescriptions informatisées est utilisé à des fins pédagogiques, rien n'impose qu'il soit le reflet exact des coûts engagés. Les distorsions sur les consommations de médicaments, du fait de cette valorisation, entre celles constatées par ce module, et le tableau de bord de gestion, n'ont dès lors pas une importance significative. Il s'agira seulement d'informer les praticiens de ces risques de distorsion, et de leur en expliquer les raisons.

C'est pourquoi cette solution semble à la fois la plus pédagogique, la plus incitative, et la moins difficile à mettre en œuvre.

b) Affiner la valorisation de médicaments

Préalablement à toute valorisation, une unité standard d'administration doit être fixée. Dans le cas de remèdes présentés sous forme de comprimés, cela apparaît relativement simple. Pour les solutés et les pommades en revanche, la difficulté est plus grande. Les médecins des services de moyen séjour expérimentateurs, ont à plusieurs reprises

mentionné le problème de la mauvaise définition d'unités de prescription, en particulier pour les solutés.

La collaboration de la pharmacie, des médecins prescripteurs et de la cellule contrôle de gestion semble à prévoir pour résoudre cette difficulté.

L'amélioration d'ensemble du dispositif existant s'impose comme une double nécessité. L'adhésion des prescripteurs à l'expérimentation est la condition première de réalisation de son objectif : associer les services soignants à la connaissance et donc à la régulation des charges. Mais l'information se doit d'être complète si l'on souhaite que l'effet d'incitation soit réel.

Cependant, le pouvoir médical sur l'engagement des charges ne repose pas exclusivement sur les prescriptions médicamenteuses.

C) Etendre le champ des prescriptions valorisées : l'intégration des actes médico techniques

Tous les actes médico techniques réalisés sur les patients résultent d'un choix médical. Et les charges des services médico techniques pèsent lourdement sur les budgets hospitaliers, donc sur le coût global de prise en charge.

Part des charges nettes des services médico techniques dans l'ensemble des charges nettes hors structure 2002 (budget H) :

Labo	Bloc	Imagerie	Radiothérapie	Anesthésie	Explorations fonctionnelles	Autres médico techniques	TOTAL
3,4%	3.2%	1.6%	1,1%	2%	1%	1.3%	13.6%

En conséquence, l'intégration à moyen terme de ces charges au GHM devrait être envisagée. Elle ne présente pas de surcoûts matériels, puisque le produit est développé en interne ; du temps agent sera cependant à dégager au SIO pour en assurer la production.

Au moment de la conception du projet initial, en 2000, l'intégration des coûts du plateau technique avait été prévue dans une deuxième phase. Cela concernait les charges de laboratoire, radiologie, et bloc opératoire.

Cependant, il n'était pas opportun de l'envisager avant que la CCAM ne soit opérante. En effet, elle implique la suppression de lettres –clés NGAP qui constituent actuellement les seules unités d'œuvre de rattachement.

Mais des contraintes techniques de comptabilité analytique imposent de plus une intégration progressive. En effet, le coût de l'unité d'œuvre servant à la valorisation de

l'acte effectué, ne peut être connu en n pour n. Les charges qui se rattachent à chaque service médico technique ne sont en effet connues précisément et définitivement qu'une fois l'exercice clôturé¹⁶]. Les actes de laboratoire seront, malgré l'introduction de la CCAM, toujours cotés en B. La participation du CH Dax à la Base des Coûts d'Angers rend possible la connaissance, en 2004, du coût du B en 2003. Cette valeur pourrait être utilisée en 2004 comme unité convenable reflétant le coût de la prescription de l'acte. En revanche, la CCAM implique dès 2004 la suppression des lettres K et Z, remplacés par des ICR. En application du raisonnement ci-dessus, il faudrait attendre 2005 pour connaître le coût local de cette nouvelle unité d'œuvre. Cependant, le CH Dax ayant déjà développé les ICR de radiologie en 1999, ce sont seuls les actes de bloc opératoire qui ne pourront être intégrés avant 2005.

Pour résumer, le développement de fonctionnalités nouvelles par l'introduction dans le module de prescriptions informatisées des coûts des actes médico-techniques prescrits, ne peut être techniquement réalisé avant 2005 pour les ICR de bloc. Deux possibilités sont dès lors envisageables : soit une intégration en 2004 des actes de laboratoire et de radiologie dans le module, complétée en 2005 par l'adjonction des actes de bloc opératoire, soit une intégration groupée de ces trois catégories en 2005. La charge de travail prévisionnelle des équipes du SIO, liée aux programmes prioritaires définis dans le cadre du projet des systèmes d'information, intégré dans le projet d'établissement, sera à cet égard déterminante dans le choix de l'une ou de l'autre.

3.2.2 Rapprocher connaissance des coûts et de l'activité : le développement des tableaux de gestion. Modalités pratiques d'élaboration.

L'établissement a procédé, depuis 1999, au développement de deux outils de gestion interne dissociés :

- des tableaux de bord de suivi des dépenses et des actes médico techniques consommés pour tous les services, sauf logistiques ;
- des tableaux médicalisés de suivi de l'activité (nombre d'entrées, séjours, caractéristiques des séjours, production de points ISA, casemix, détail des CMD et GHM majeurs dans l'activité des services, caractéristiques des patients), pour tous les services cliniques de MCO.

L'un et l'autre font l'objet d'une publication trimestrielle.

¹⁶ Un calcul en n pour n, ne pourrait être effectué que par estimation des charges annuelles, fondée sur une extrapolation des données connues à une date précise. Or ces charges ne sont pas proportionnellement réparties tout au long de l'année. La constitution de stocks, donc l'engagement de charges importantes non imputables à une activité réelle, rendrait complexe cette extrapolation.

Dans ces tableaux de bord, aucun rapprochement des coûts et de l'activité n'est effectué. On ne calcule pas le coût éclaté par service du point ISA, ni un coût par séjour-type.

Or, les nouvelles modalités de financement des établissements de santé, impliquent pour les hôpitaux un suivi des dépenses au regard des recettes générées par leur activité. Le cœur du dispositif, nous l'avons vu, consiste en l'affectation à chaque GHS, déduit d'un GHM, d'un tarif national modulé régionalement. En conséquence, l'analyse des dépenses au GHS s'avère nécessaire dans une optique de suivi budgétaire, et d'orientation stratégique de l'activité.

Rénover et affiner les informations fournies par des tableaux de gestion présentent dans ce contexte un double intérêt. Cela permet de suivre des dépenses engagées pour une activité caractérisée. C'est également un préalable nécessaire à la conduite d'un projet d'ampleur, s'inscrivant dans la droite ligne, à la fois de la tarification à l'activité, et des orientations définies dans le plan Hôpital 2007 : la contractualisation entre direction et pôles d'activité.

A) Contours du projet

Deux contraintes ont pesé dans sa définition :

- Le Centre Hospitalier de Dax a élaboré son Projet d'Etablissement 2002-2006 sur la base d'une méthode transversale. Il ne s'agissait pas d'en faire la juxtaposition de projets de service, mais bien d'associer les acteurs dans une réflexion à partir de la définition de pôles d'activité cohérents. Ainsi on parle désormais de projets « des » médecines, ou « des chirurgies ». Cette démarche semblait tout particulièrement pertinente dans un contexte de restructuration d'ensemble du bâtiment de court séjour, impliquant une refonte de l'articulation des unités préexistantes. Cependant, si dans la réflexion prospective la logique de pôle semble assimilée, elle ne trouve pas à ce stade de concrétisation formelle et structurelle. Les contours de pôles – entités de gestion ne sont pas encore définis. L'évolution du fichier commun de structure, sur lequel repose nécessairement la production de tableaux de gestion, ne peut donc à ce jour être anticipée. Mobiliser des équipes autour d'une réflexion sur des questions techniques semble difficile dans un contexte où les priorités stratégiques ne sont pas encore précisément définies. En conséquence, et considérant que les modalités techniques de mise en œuvre de tels outils (performance du SIH, développement de la comptabilité analytique) seraient de facto remplies si l'étaient celles d'une connaissance des coûts au séjour, la mise en œuvre de ce projet semble devoir être repoussée à une étape ultérieure. Les modalités principales de sa réalisation seront toutefois présentées synthétiquement.

- Tenir compte de la mobilisation des équipes informatiques sur le dossier CCAM. Comme nous l'avons vu, comptabilité analytique au GHS et CCAM impliquent toutes deux une réflexion d'ensemble sur l'organisation du système d'information. Il fallait donc profiter de l'occasion pour procéder aux ajustements nécessaires, et s'accorder sur les exigences respectives de chaque projet. C'est pourquoi la réflexion a été principalement orientée sur ce thème.

B) L'élaboration de tableaux coût / case mix : synthèse méthodologique

C'est sur la base de la méthode présentée ci-dessous que peuvent être mises en relation l'activité du pôle (et donc ses recettes par application des tarifs au case mix), et les dépenses engagées pour cela. Ainsi peuvent être déterminés les écarts de coût, à activité comparable, entre les futures pôles du CH Dax et de l'hôpital de référence (un établissement virtuel, à case mix identique, dont les coûts sont égaux à la moyenne nationale constatée).

PRINCIPES	MODALITES	COMMENTAIRES
<u>Affectation des dépenses</u> <u>par Centre de</u> <u>Responsabilité</u> (regroupées par nature : personnel, consommables divers, produits pharmaceutiques, amortissement des matériels médicaux, restauration, blanchisserie,...)	Découpage du fichier commun de structure en Centres de Responsabilité.	Un premier découpage e été réalisé. Mais il doit être réadapté aux contours des futurs pôles d'activité.
	Application de la méthodologie de l'Etude Nationale des Coûts.	L'établissement participe à l'ENC Soins de Suite et Réadaptation.
	Affectation des charges médico-techniques selon consommation d'unités d'œuvre.	La CCAM implique une généralisation des ICR.
<u>Affectation des recettes</u> <u>(les points ISA) au séjour</u>	Pour les mono-séjours : directement fournies par le DIM	-
	Pour les séjours multi-unités : imputation sur les différentes UM au prorata de la durée de séjour pondérée par le poids moyen du séjour de chaque service concerné	Méthode validée par la CME (pour l'élaboration de tableaux de suivi de l'activité précédemment cités)

C) Modalités d'élaboration des coûts au séjour

a) *De principes méthodologiques à des propositions techniques : de l'ENC SSR à l'ENC MCO*

La réforme de la tarification prévoit d'appuyer l'élaboration des tarifs des GHS sur la base de l'Etude Nationale des Coûts. Celle-ci offre déjà un coût éclaté par GHM, précisant notamment les charges directes spécifiées (personnel, consommables dont produits pharmaceutiques, actes externes, produits sanguins, prothèses, médicaments coûteux) et les charges indirectes :

- Logistiques : restauration et blanchisserie, logistique médicale (stérilisation, pharmacie, DIM, service biomédical, hygiène)
- Médico techniques : laboratoire, bloc opératoire, imagerie, explorations fonctionnelles, dialyses, urgences, et autres (en particulier les interventions de kinésithérapeutes, assistants sociaux, etc...)
- Générales : charges d'administration générale réimputées au séjour.

C'est pourquoi, afin de garantir une comparabilité convenable entre les coûts locaux calculés et les tarifs futurs , il convient de s'appuyer sur la méthodologie ENC pour l'élaboration des coûts par séjour.

Le Centre Hospitalier de Dax procède actuellement à la réalisation de l'Etude Nationale des Coûts de Soins de Suite et de Réadaptation. Celle-ci permet la détermination de coûts au Groupe Homogène de Journées (GHJ). L'élaboration de tableaux de bord suppose au préalable, d'étendre une telle étude au champ MCO de l'établissement. Les modalités pratiques ont fait l'objet d'une étude technique dont sont présentées les principales conclusions.

Certes, la méthodologie d'ensemble est la même.

Cependant, le passage de l'une à l'autre présente des difficultés techniques qu'il convient de résoudre. De plus, si l'on souhaite une publication régulière des tableaux de bord, il faut nécessairement envisager une production la plus automatisée possible des informations indispensables.

b) *D'un mode artisanal à une amélioration systématisée de la répartition des charges*

La conduite pendant mon stage de l'Etude Nationale des Coûts SSR a permis de relever un certain nombre de difficultés d'imputations de charges qu'il est nécessaire de résoudre pour permettre une production fréquente et donc rapide des tableaux de gestion.

A cette fin, un guide d'imputation des charges a été rédigé¹⁷.. En effet, des écarts existent entre l'affectation effectuée par le logiciel de suivi des dépenses (Santé 400) et l'affectation prévue par le guide. En conséquence, de multiples retraitements, parfois longs, complexes et approximatifs, sont nécessaires. Ceux-ci ont été classés par cause.

Le logiciel de suivi des dépenses permet une affectation plus précise des charges que celle requise.

Dans de tels cas, l'opportunité des retraitements doit être étudiée. En effet, il semblerait assez illogique, quand les charges sont correctement affectées aux unités qui les mobilisent, de les imputer sur des sections d'analyse temporaires, qui seront par la suite déversées sur les sections d'analyse cliniques. Il convient dès lors d'analyser systématiquement, compte par compte concerné, avec l'agent chargé de la saisie des dépenses, la logique qui sous-tend l'imputation. Si celle-ci semble correcte, c'est à dire si elle ne correspond pas à un choix par défaut, il serait dommage de se conformer strictement au guide, qui sur ces points s'avère plus fruste que les informations disponibles au CH Dax.

Des imputations erronées

Tois comptes sont relevés (habillement, linge et combustibles). Il convient dans ce cas de rencontrer les agents responsables de la saisie, pour connaître leurs critères d'imputation, et au besoin les revoir avec eux.

Des incohérences dans les pratiques d'imputation

Cela concerne notamment les cas où les charges sont affectées tantôt sur des sections d'analyse de déversement, tantôt sur des sections d'analyse cliniques, sans que la nature des produits concernés ne puisse le justifier.

Exemple : comptes de petits matériels et outillages, carburant, petit matériel hôtelier.

Des imprécisions dues à une non concordance entre Sections d'Analyse et la réalité du découpage géographique.

Certains services regroupent des lits de moyen et de long séjour. Or les commandes, en particulier de produits pharmaceutiques, sont globales pour les deux unités. Les charges sont tantôt imputées en totalité sur l'UF de long séjour, tantôt sur l'UF de soins de suite. Il

¹⁷ Présenté en annexe

est nécessaire dans ce cas de réaffecter les charges au moyen d'une unité d'œuvre (par exemple le nombre de lits).

Un fichier structure insuffisamment précis.

Il n'existe pas dans le fichier structure, de section d'analyse isolant les explorations fonctionnelles. Les dépenses spécifiques à cette activité sont comptabilisées dans l'unité de consultations externes. Or, les explorations constituant pour les hospitalisés une prestation médico-technique, isolée dans l'ENC, il s'impose de les distinguer pour pouvoir les réimputer au séjour. Une difficulté supplémentaire est liée à l'absence de spécification de cette activité dans la cotation. Des retraitements fastidieux et approximatifs s'ensuivent donc (sur le principe suivant : un K coté hors UF bloc correspond à une exploration fonctionnelle). La création d'une UF spécifique d'exploration fonctionnelle, à la fois dans l'outil de facturation et dans le PMSI (création d'une Unité Médicale), permettrait de retracer correctement tant l'activité que les charges qui s'y rattachent.

Des affectations différentes de la destination réelle de la charge.

Cette observation concerne essentiellement les charges salariales des sections d'analyse cliniques. Leur imputation correspond à une logique de rattachement administratif et non à une logique d'activité. Les retraitements que cela implique ne sont pas complexes, mais nécessitent de conduire une enquête préalable auprès des personnels médicaux et paramédicaux qui s'avère longue et peu précise.

Il s'est agi en effet de rencontrer tous les chefs de service, et de leur demander de procéder en concertation avec les médecins de leur unité à une répartition entre leurs activités au sein du service lui-même, les consultations externes, les consultations à la demande des autres services d'hospitalisation, etc... Si leur planning laisse facilement s'opérer la distinction entre temps consacré aux hospitalisés et aux consultants, en revanche l'appréciation de leur activité entre les différents services d'hospitalisation est malaisée. D'autant plus que la répartition qu'ils proposent n'est pas forcément dénuée de considérations opportunistes (faire apparaître indûment l'importance d'une activité qui par exemple s'avèreraient trop peu mise en avant, à leur goût, au niveau institutionnel). Il manque indéniablement un outil de mesure objective de cette activité réelle.

Pour les personnels soignants des services de soins, la difficulté est moindre, sauf pour les services regroupant plusieurs unités de soins. Une répartition au lit, dans ce cas, est possible mais ne reflète pas forcément la réalité de la charge. L'utilisation d'outils de mesure de la charge en soins infirmiers, permettrait une affectation plus précise des dépenses salariales, tant au service qu'au patient. Le Centre Hospitalier de Dax procède à une évaluation sur la base des SIIPS, mais les résultats, faute de volonté institutionnelle affichée, ne sont pas utilisés comme critère d'affectation du personnel.

Enfin, une difficulté a été rencontrée dans l'imputation des charges relatives aux personnels transversaux. C'est le cas en particulier des assistants sociaux, des psychologues. Certains d'entre eux saisissent des unités d'œuvre exprimées en temps. Cette pratique doit être généralisée.

Vu le poids que représentent les charges de personnel dans l'ensemble des dépenses de l'établissement (66% selon les données du compte administratif pour l'exercice 2002), une réflexion d'ensemble devra être menée pour déterminer de façon concertée une méthodologie de réaffectation. Le développement en cours d'une gestion informatisée des plannings ouvre des perspectives intéressantes. Cependant, elle ne sera pas suffisamment fine pour résoudre toutes les difficultés, en particulier celles rencontrées dans l'affectation du temps de consultation médicale au bénéfice des services d'hospitalisation.

L'élaboration d'un guide d'imputation, en l'attente des modifications proposées ci-dessus, s'avère cependant utile pour cadrer sur le plan méthodologique, et donc accélérer les processus de répartition des charges. La rapidité de ceux-ci est en effet la condition première d'une production régulière, trimestrielle voire mensuelle, de futurs tableaux de bord.

c) Les charges individualisées sur RSS : d'un traitement manuel à une production automatisée

La conduite de l'Etude Nationale des Coûts impose un suivi au séjour d'activités, et donc de charges particulières. Il s'agit des dépenses suivantes :

- Produits sanguins,
- Prothèses,
- Médicaments coûteux,
- Actes réalisés à l'extérieur.

La réalisation annuelle au CH Dax de l'ENC SSR permettait, eu égard au faible volume de ces activités rattachables aux Résumés Hebdomadaires de Sortie, un traitement manuel des données. Seules les dépenses de produits sanguins font l'objet sur l'ensemble de l'établissement, du fait des exigences de traçabilité conformément aux dispositions sur la sécurité transfusionnelle, d'un suivi informatique fiabilisé.

Pour les autres, un audit¹⁸ réalisé sur les modalités pratiques de rattachement a montré cependant que sur le nombre de patients hospitalisés en MCO (environ 22000 RSS produits annuellement), la poursuite d'une telle méthode est inenvisageable. Pour

¹⁸ voir conclusions en annexe

l'essentiel en effet, aucune correspondance n'est effectuée entre saisie de l'activité et charges correspondantes engagées. Des interfaces entre logiciel de facturation et de suivi du patient ne sont pas systématiquement opérées. Le problème est particulièrement aigu pour les dépenses de prothèses, très discriminantes.

L'application prévue au 1^{er} janvier 2004 de la CCAM fournit l'occasion de revisiter chaque logiciel de suivi d'activité. Une réunion de travail entre la direction des finances, le médecin DIM et l'équipe SIO prévue pour le 9 octobre 2003 sur l'articulation des dossiers tarification à l'activité et mise en œuvre de la CCAM permettra de faire un point sur les fonctionnalités nouvelles à insérer dans le système d'information. L'option principale retenue semble être la saisie à la source, et le rattachement à chaque patient de l'ensemble des actes effectués. Une refonte de l'architecture d'ensemble du système d'information permettra d'organiser, autour d'un collecteur central d'informations, la répartition des données entre les sous ensembles informatiques PMSI et facturation.

Comme la plupart des dépenses à individualiser, présentées ci-dessus, font l'objet au CH Dax de la passation de marchés, les prix d'achat sont connus pour une durée minimale d'un an. En conséquence, un lien direct et stable pourrait être effectué entre un acte, défini, et un prix. Le rattachement de l'acte au patient, dans un tel système, entraîne de facto le rapprochement du coût et du séjour.

d) Les actes médico techniques : d'un rattachement de charges à l'UF au rattachement au patient.

L'évolution organisationnelle du SIH présentées précédemment, permettra de plus une individualisation de l'activité au patient, et le regroupement de toutes les données dans le dossier informatisé du patient.

La participation à la base des coûts d'Angers permet l'utilisation du coût calculé de l'unité d'œuvre pour imputer au patient la charge prévisionnelle en actes. Comme nous l'avons vu en effet, ce n'est qu'après la clôture de l'exercice que ce coût pourra être actualisé. Dans l'hypothèse d'une production trimestrielle, pour une année n, on peut donc envisager les modalités suivantes :

Période retracée	Délai parution	Références de coût d'UO utilisées
Trimestre 1	15/30 jours après fin trimestre	Méthode base Angers année n-1
Trimestre 2	15/30 jours après fin trimestre	Méthode base Angers année n-1
Trimestre 3	15/30 jours après fin trimestre	Méthode base Angers année n-1
Récapitulatif année n	N+1	Méthode base Angers année n, sur la base des résultats consolidés

D) Bilan des modalités de rattachement d'activité et de charges

CHARGES A AFFECTER

Valeur année	Types de charges		
N-1	Structure		Etablissement
N-1	Logistique	Logistique générale (nombre de journées)	
N	Charges Médicales	Salaires	
N	Charges Médicales	Produits pharmaceutiques services cliniques	
N	Charges Médicales	Autres consommables médicaux	
N-1	Charges Médicales	Maintenance et amortissements	
N-1	Logistique médicale	Sterilisation (au prorata des charges du 942.27 pansements)	
N-1	Logistique médicale	Pharmacie (au prorata des charges des 942.11 et 12 pdis pharma.)	
N-1	Logistique médicale	Hygiène (au prorata des charges des 942.11 - 12 - 15 -185 pdis pharma et sang)	
N-1	Logistique médicale	Biomédical (au prorata des charges du 615.62 maintenance mat.méd.)	
N	Charges Médicales		U.E.
N	Charges Médicales	Produits pharmaceutiques services expérimentateurs	
N-1	Charges Médicales	Dispositifs médicaux implantables, médicaments coûteux et pdis sanguins	
N-1	Logistique médicale	DIM (nombre de RSS)	
N-1	Logistique	Restauration (nombre de journées)	
N-1	Logistique	Blanchisserie (nombre de journées)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Laboratoire (B)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Imagerie (ICR)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Radiothérapie (ICR)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Bloc opératoire (ICR)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Anesthésie (ICR)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	SMUR (1/2 heure de transport)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Explorations fonctionnelles (ICR)	
N-1	Ch. Médico-Techniques	Kiné, psychologue, diététicienne... (minutes)	
			Patient

J
O
u
r
n
é
e
s

J
O
u
r
n
é
e
s

3.3 Une mise en œuvre nécessairement progressive

3.3.1 Une phase test nécessaire : fiabiliser les informations communiquées

Une fois le cadre technique posé, et en anticipation des réactions éventuelles que peut susciter la connaissance des coûts, mais surtout leur comparaison avec un tarif ou une référence, il convient d'être prudent dans la phase de production et de diffusion des informations économiques sur les séjours.

Faire apparaître un surcoût important sur telle ou telle prise en charge, dans un contexte de réorganisation de l'offre de soins pensée dans un cadre ne séparant plus comme auparavant hospitalisation publique et privée, constitue une information de poids.

En conséquence, il convient de s'assurer de sa justesse. C'est pourquoi, préalablement à toute diffusion, il semble important de procéder à une phase de test des outils. C'est une tâche à laquelle doit s'atteler tant la direction chargée du contrôle de gestion, le service du SIO, que le DIM. En effet, malgré le recensement d'une somme conséquente de retraitements comptables à effectuer pour obtenir une information financière de qualité, rien n'indique que celui-ci soit exhaustif.

3.3.2 Un préalable : la concertation des acteurs

Cependant, il est difficile de juger sans connaissance du terrain de la pertinence ni même de la justesse des informations produites. C'est pourquoi il semble nécessaire dès ce stade, d'associer les principaux acteurs concernés : cadres des services et communauté médicale.

Le flou qui entoure la gestation d'une réforme de telle ampleur que la tarification à l'activité, ne manque pas, notamment au sein de la communauté médicale, d'attiser tous les phantasmes sur l'application qui pourrait en être faite.

En conséquence, dès que les modalités seront plus précisément connues, une large concertation avec ces acteurs semble nécessaire pour une explication de texte partagée. Les enjeux de la tarification à l'activité doivent faire l'objet d'une appropriation commune. D'ores et déjà, une introduction peut être faite par l'intermédiaire des outils de communication interne. Il est prévu que la tarification à l'activité fasse l'objet d'une présentation générale dans le journal de l'établissement lors de sa prochaine publication. En outre, une fois le bilan effectué entre les partenaires techniques d'élaboration d'une comptabilité analytique au séjour (DIM, SIO, direction financière), une communication institutionnelle doit être envisagée, en particulier auprès de la Commission Médicale d'Etablissement. C'est à cette occasion qu'il serait souhaitable de présenter ce que l'établissement est capable de produire sur le plan analytique (des coûts par séjour), ce qu'il sera capable de présenter dans un avenir proche (des tableaux coûts case mix), afin

de recueillir les souhaits des prescripteurs dans le domaine. En particulier, la diversité des GHM produits dans l'établissement impose, pour créer des outils de gestion lisibles, de sélectionner ceux qui doivent être analysés. Le choix des GHM à faire apparaître ne peut être effectué sans la coopération de la communauté médicale.

C'est à cette occasion que le caractère expérimental du projet, et donc les risques éventuels de défauts de fiabilité pourraient être évoqués.

En effet, il semble que la tarification à l'activité puisse être exploitée comme un prétexte à la construction d'un dialogue nouveau. Plus que leur justesse technique, c'est le sens des outils productibles qui doit être conjointement déterminé. Une approche purement médico-économique semble de fait réductrice dans le cadre de l'hospitalisation publique.

3.4 Une démarche concertée autour d'objectifs de performance

Plusieurs auteurs ont pu parler de la comptabilité analytique comme étant « au cœur de la prise de décision »¹⁹. Dans le nouveau mode de gestion qu'introduit la tarification à l'activité, elle trouve certes une place importante dans l'orientation des choix. Mais les établissements de santé, en particulier publics, ne se résument pas à des centres de coût. C'est pourquoi une telle affirmation se doit d'être nuancée. L'angle de la performance semble une approche beaucoup plus riche que celle strictement médico-économique. Cependant, une telle démarche s'avère nécessairement transversale et pluri-disciplinaire.

3.4.1 La comptabilité analytique : une approche parmi d'autres

Présenter des indicateurs de gestion au travers de tableaux de bord médico économiques n'est certes par dénué d'intérêt.

La situation paradoxale de l'hôpital public, un centre de gestion de fonds conséquents sans culture d'analyse du coût de ses activités, constitue certes une source de dysfonctionnements potentiels. Développer des outils de connaissance des coûts internes, et de benchmarking dans un contexte hors marché semble nécessaire pour repérer les secteurs dans lesquels des efforts particuliers de gestion sont à faire. Ce n'est qu'une fois le constat établi que le gestionnaire peut s'attacher à agir. Mais la mission particulière des établissements publics de santé l'empêche de tirer des conclusions aussi radicales que le chef d'entreprise.

En somme, les outils médico économiques ne peuvent constituer que le point de départ d'une recherche de leviers d'actions susceptibles de dégager des marges de manœuvre financières, et ainsi améliorer la performance de l'établissement sans financement extérieur supplémentaire.

¹⁹ P.Expert, Y.Pérard, « La comptabilité analytique hospitalière au cœur de la prise de décision », Revue Hospitalière de France n°482

C'est passé ce stade liminaire que se pose la question du sens à donner à la démarche. L'expérience américaine, depuis l'instauration du prospective payment system, montre qu'une réflexion engagée sous l'angle exclusivement économique ne génère ni bénéfice financier (après une première phase de réduction de la progression des dépenses, la tendance s'est inversée au bout de quelques années), ni amélioration de la prise en charge (déports vers la médecine de ville, segmentation de l'activité, exploitation de niches).

Nécessairement, réfléchir aux sources de surcoûts, dans un ensemble aussi complexe que l'hôpital, amène à rechercher les dysfonctionnements dans l'organisation de la structure. Cette tâche dépasse l'approche comptable. Analyser un dysfonctionnement, c'est déjà s'atteler à une démarche en termes de processus. On aborde alors inévitablement le domaine de la politique qualité.

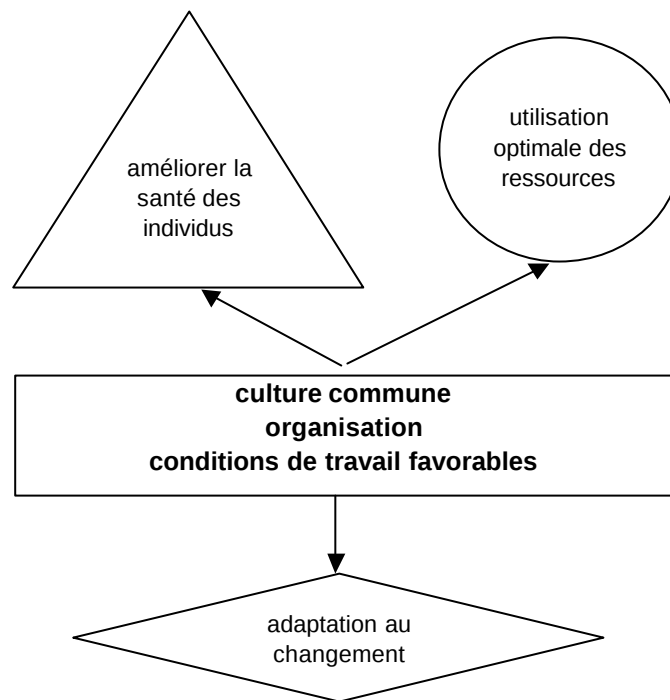
3.4.2 Pour une approche en termes de performance : apprécier une dépense par rapport au service rendu

Nous avons déjà vu que l'hôpital public présente des surcoûts structurels par rapport au secteur privé. Dans le contexte nouveau de la tarification à l'activité, il lui faudra donc être en mesure à la fois de tenter de les réduire dans l'intérêt du patient, mais également de les justifier. A cette fin, il se doit de mettre en avant la qualité des prises en charge qu'il offre.

- A) Articuler des réflexions institutionnelles : la recherche de performance, une démarche pluridisciplinaire.

Le modèle de performance globale proposé par C. Sicotte, adapté au contexte hospitalier²⁰, met en exergue l'articulation de trois éléments qui touchent traditionnellement trois directions fonctionnelles dans un organigramme classique.

²⁰ P.Lombrail, M.Naiditch, D. Baubeau, C. Cases, P. Cuneo, « Qu'appelle-t-on performances hospitalières ? », Solidarité et santé, n°2, 2001



Trois axes de performance se dégagent de l'analyse de ce modèle. Celle-ci doit être analysée sous l'angle économique, qualitatif et social.

Dès lors, si l'on souhaite développer des outils de gestion, il convient de s'attacher à traduire le niveau atteint dans chacun de ces domaines. D'ores et déjà, il semble qu'une direction chargée du contrôle de gestion ne puisse développer seule des indicateurs pertinents. Une démarche concertée entre responsables du personnel, de la qualité, et de l'analyse de gestion doit être initiée. Ce caractère pluridisciplinaire encourage la mobilisation de la direction générale nécessaire pour la soutenir.

Le contexte du CH Dax semble favorable à l'initiation d'un tel projet. Il semblerait intéressant en effet de croiser des démarches concomitantes, dans les secteurs de la qualité et des ressources humaines, afin d'enrichir de futurs tableaux de performance.

a) Profiter de la dynamique qualité impulsée dans le cadre de la démarche d'accréditation

L'accréditation de l'établissement en 2003, atteste d'une réflexion récente dans le domaine de la politique qualité. Le souhait de pérenniser la démarche participative initiée pourrait se concrétiser, entre autres travaux, autour de la recherche d'indicateurs visant à

qualifier une performance qualitative de la prise en charge. La réflexion pourrait s'organiser autour de trois axes :

- évaluer la qualité du résultat :

taux de décès, taux d'infections nosocomiales, taux de réhospitalisation, taux de retour des questionnaires de sortie, durée moyenne de séjour, entre autres à rechercher ;

- caractériser les processus ou contraintes qui l'influencent :

taux de réhospitalisation, taux d'hébergement pour et dans d'autres services, modalités d'admission, âge moyen, part des plus de 70 ans, taux d'intervention des services sociaux, etc ;

- quantifier les moyens mis à disposition pour l'atteindre :

en référence à une «production de soins » exprimée en points ISA: ressources en personnel mis à disposition, ressources en équipement, par exemple.

b) S'appuyer sur les axes du projet social

Le projet social 2002-2006 prévoit la réalisation d'une étude de l'absentéisme dans l'établissement. Une analyse quantitative générale a déjà été menée sur les motifs médicaux. Elle sera idéalement prolongée par une réflexion collective sur les causes, associant tant les partenaires syndicaux, les cadres, la médecine du travail, des représentants du CHSCT et de la direction des ressources humaines. Un premier prolongement souhaité par la DRH, serait l'élaboration de tableaux de bord mensuels de suivi. A cette occasion seront nécessairement définis des indicateurs permettant de le quantifier et de le qualifier. Ceux-ci pourraient faire l'objet d'une insertion dans des tableaux dits de performance.

En outre, la poursuite de la cotation SIIPS, relancée en 2003 à l'initiative des directions des soins et du personnel, concrétisée par la formation des soignants à ses principes méthodologiques, pourrait faire l'objet d'une exploitation à des fins de mesure de la charge moyenne en soins.

Enfin, des indicateurs permettant de caractériser les ressources en personnel mis à disposition (taux d'encadrement, ratio IDE / AS, etc...) pourraient être étudiés.

B) Associer les utilisateurs à la définition du projet : la recherche de performance dans une démarche participative.

Au centre de son modèle, Sicotte place la notion de culture commune. En effet, un raisonnement axé sur une recherche de performance implique une acculturation la plus large possible des acteurs intervenant autour du patient. Un tableau de performance n'est

pas un outil de contrôle, c'est un outil d'évaluation qui doit être non seulement lu, mais surtout exploité.

Pour cela, le choix des indicateurs s'avère déterminant. En effet, il doit permettre d'objectiver une situation de terrain perçue sous deux angles complémentaires : un objectif (mesurer le taux de réhospitalisation pour apprécier la qualité de la prise en charge), et un ressenti (estimer le taux d'hébergement pour confirmer ou invalider une situation appréciée subjectivement : «comment voulez vous que je m'occupe correctement de mes malades, mon service sert d'annexe aux autres unités de soins !»). Le croisement des regards s'avère donc nécessaire à un choix judicieux. Il est utile également à un choix bien compris. Il faut avant tout s'entendre sur l'objectif donné à l'indicateur, pour éviter le risque d'une interprétation erronée de la réalité qu'il traduit, source potentielle de discrédit voir de blocage de la démarche.

La constitution de groupes de travail associant les soignants, les médecins, la délégation qualité, la direction et tout personnel volontaire pour y contribuer semble donc une modalité incontournable, tant pour définir que pour suivre les indicateurs. Ce suivi constitue en effet la base de toute réflexion relative aux dysfonctionnements éventuellement sous-tendus.

CONCLUSION

Le caractère encore hypothétique des modalités concrètes de la Tarification à l'Activité pousse le gestionnaire à une démarche prospective d'anticipation. De nombreux éléments présentés précédemment se fondent sur des comptes rendus de travaux en cours, et rien n'indique qu'ils seront valables en l'état d'ici quelques mois. Cependant, l'ampleur de la réforme du financement, insérée dans un ensemble plus vaste de refonte globale des modalités d'organisation et de gestion, empêche le gestionnaire d'attendre et donc de subir les dispositions à venir.

C'est pourquoi, accompagnés dans une certaine mesure par la Mission Tarification à l'Activité, les établissements doivent en toute hypothèse commencer à préparer le terrain sur le plan technique. En premier lieu, il s'agit nécessairement de revisiter l'architecture d'ensemble du système d'information. En second lieu, il semble indispensable d'entamer une réflexion sur leur capacité à produire des outils de gestion en adéquation avec les principes qui fondent les modalités nouvelles de financement.

Mais le défi principal ne se situe pas sur ce plan.

Certes, le cadre de direction doit s'attacher à mettre en relation les acteurs de ces adaptations techniques. Mais le manager hospitalier trouve son rôle essentiel dans la démarche de définition concertée du sens à donner à la technique. L'absence de mobilisation sur ce terrain renforcerait inévitablement l'acception manichéenne encore trop présente dans le champ hospitalier. Les événements d'août 2003 le montrent : les conséquences dramatiques de la canicule ont été principalement présentées sous un angle opposant acteurs de terrain confrontés aux situations individuelles, et techniciens administratifs trop détachés des considérations humaines.

Or, au delà d'un objectif d'optimisation des dépenses, c'est à l'optimisation du dialogue qu'il convient de s'attacher. L'introduction dans le champ hospitalier de la notion d'utilisateur, dont les modalités de participation ont été – insuffisamment – esquissées par la loi du 2 mars 2002, permet d'apporter une tierce contribution à une vaine opposition entre « acteurs de soins » et « gestionnaires ».

L'occasion fournie par la réforme de 2004, permet d'envisager les termes d'un dialogue renouvelé entre ces derniers. La contractualisation interne, au delà des objectifs de performance, en constitue une approche parmi d'autres possibles. La définition concertée d'objectifs et donc de responsabilités assignables à chaque protagoniste du monde

hospitalier constitue le fondement de l'échange. Il s'agit de mettre en marche une dynamique non de structure, mais de projets. Le développement d'outils de gestion constitue un moyen de diagnostic aidant à leur définition. Ils fournissent également un moyen objectif de les appuyer auprès des autorités de tutelle. En somme, ils permettent de mettre en articulation contractualisations interne et externe.

C'est ce sens partagé qui permettra de mieux rendre compte et de mettre en avant la spécificité de l'hôpital public qu'il m'apparaît nécessaire de préserver. Si ce dernier ne peut être économiquement aussi performant que les structures privées, il se doit de valoriser la qualité des prises en charge qu'il offre. L'efficience est un concept aux multiples facettes, la rentabilité n'a pas a priori à en occuper le cœur.

C'est pourquoi il me semble que la tarification à l'activité ne doit être envisagée que comme un prétexte pour mettre autour d'une table les acteurs du champ hospitalier, afin de donner du sens au delà des structures, à la notion affirmée mais peu traduite dans les faits, de démocratie sanitaire.

Bibliographie

OUVRAGES

- C. Paire, M. Dupont, C. Esper, L. Muzzin, Droit Hospitalier, Dalloz, 1999.
- M. Angelloz-Nicoud, La gestion financière de l'hôpital public, Berger-Levrard, 1996
- E. Coca, L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements hospitaliers, Berger Levraud, 1998
- E. Coca, Hôpital silence ! Les inégalités entre les hôpitaux, Berger-Levrard, 1998
- V. Mousillat, Opportunité et faisabilité d'une déconcentration de la gestion budgétaire au Centre Hospitalier de Dax, mémoire de l'ENSP, 1999

DOCUMENTS OFFICIELS

- Bulletin Officiel n°97/2 bis, Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1997
- Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003, Annexe b2, Le programme de médicalisation des systèmes d'information, 2002
- Rapport du Sénat, Financement de la Sécurité Sociale pour 2003, 2002
- Groupe pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier, Mise en œuvre de la CCAM dans les établissements de santé au 1^{er} janvier 2004, version 1.1, juin 2003
- *Mission Tarification à l'Activité, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées :*
- Guide d'entretien « état des lieux » des établissements sous Dotation Globale
- Synthèse de l'état des lieux du Système d'Information des Etablissements sous DG expérimentateurs de la réforme de la tarification, juin 2003
- La tarification à l'activité, modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre, août 2003

ARTICLES ET DOSSIERS

- Relatifs à la Tarification à l'Activité :
- D. Henriot, « Paiements prospectifs, tarification à la pathologie, concurrence par comparaison », in Fondements théoriques et références bibliographiques, Mission Tarification à l'Activité
- D. Henriot, « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France », DREES, Dossiers Solidarité et santé, juillet 2002

K. Moschetti, « Paiement prospectif à la pathologie », in Fondements théoriques et références bibliographiques, Mission Tarification à l'Activité

C. Cases, P. Cuneo, L. Hartmann, K. Moschetti, L. Rochaix, « La tarification à la pathologie, leçons de l'expérience étrangère, DREES, Dossiers solidarité et santé, 2002

- Relatifs aux aspects techniques : PMSI et comptabilité analytique :

S. Couray-Targe, C. Collin, « Les méthodes de répartition des points ISA dans l'allocation budgétaire interne », Gestions Hospitalières, février 2000

« Les erreurs de codage et leurs conséquences en matière de PMSI », Cahier de Gestions Hospitalières n°148, octobre 1998

Dossier « PMSI 2001, état des lieux », Revue Hospitalière de France n°481, août 2001

Dr Lehmann, E. Masson, A. Coulomb, « Public / privé, coûts et prix, quelques clarifications, Hospitalisation nouvelle n°289

- Relatifs à l'utilisation interne du PMSI : tableaux de bord et contractualisation interne :

P. Expert, Y. Pérard, « La comptabilité analytique au cœur de la prise de décision, Revue Hospitalière de France n°482, Septembre/Octobre 2001

M. Penaud, G. Nisand, L. Schott, « L'utilisation du PMSI dans l'optique de la mise en place du budget de service », Gestions Hospitalières, juin/juillet 1998

« Contrôle de gestion et budget de service », Cahier Gestions Hospitalières n°139, juin/juillet 1997

M. Penaud, N. Biron, L. Beretz, N. Roeslin, « L'utilisation du PMSI dans le cadre de la répartition des dépenses médicales et pharmaceutiques », Gestions Hospitalières, juin/juillet 1998

G. Mahieu, L. Delaby, P. Bergerie, « Les budgets de services de soins médicalisés », Journal d'Economie Médicale, n°3-4, mai/juin 1997

« Un outil de gestion interne issu du PMSI », Cahier de Gestions Hospitalières n°148, octobre 1998

C. Guyon, « Le contrôle de gestion : des outils à l'appropriation », Echanges n°143, avril 1998

J. Hubert, R. Dubois, « Culture de gestion plus que de redressement budgétaire : deux ans de contractualisation interne au CHU de Rennes », Gestions Hospitalières, novembre 2000

Didier Vinot, « De l'usage interne des points ISA : pertinence locale ou cohérence globale », Gestions Hospitalières, octobre 1998

- Relatifs à une approche par la performance :

P. Lombrail, M. Naiditch, D. Baubeau, C. Cases, P. Cuneo, « Qu'appelle-t-on performances hospitalières ? », DREES, Solidarité et santé n°2, 2001

L. Boisgelot, « Où il est question de réduire les dépenses de santé sans réduire pour autant les prestations... », Gestions Hospitalières, octobre 1999

P. Lombrail, M. Naiditch, D. Baubeau, P. Cuneo, J. Carlet, « Les éléments de la performance hospitalière : les conditions d'une comparaison », DRESS, Etudes et résultats n°42, décembre 1999

DOCUMENTS DE TRAVAIL

Collège Rhône Alpin de l'Information Médicale, compte-rendu de la journée du 03/10/2002

Rapport au Conseil d'Administration de la Fédération Hospitalière de France, « Le PMSI, Réflexions sur la comparabilité des secteurs d'hospitalisation public et privé », janvier 1999

DOCUMENTS INTERNES AU CENTRE HOSPITALIER DE DAX

« Réforme du financement des établissements publics de santé », 2000

Projet d'Etablissement 2002 – 2006

SITES WEB

www.atih.sante.fr

www.sante.gouv.fr

www.fhf.fr

Liste des annexes

Annexes non publiées

ANNEXE 1 : Guide d'imputation des charges par section d'analyse selon la méthodologie ENC

ANNEXE 2 : Guide des retraitements comptables nécessaires à la bonne imputation des charges

ANNEXE 3 : Bilan des modalités d'imputation des charges individualisés (ENC)

ANNEXE 4 : Bilan relatif aux modalités d'imputation au patient de l'activité de radiothérapie

ANNEXE 5 : Compte-rendu de réunion : bilan des conditions techniques d'élaboration de tableaux de bord intégrant les coûts au séjour ; coordination SIO, DIM, Direction des finances et du contrôle de gestion