

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Paris, le 06/11/01

Mission tarification à la pathologie
des établissements de santé

Tél secrétariat : 01.40.56. 40 16

Télécopie : 01.40.56.52.17

VERS UNE TARIFICATION A LA PATHOLOGIE ?

En autorisant le gouvernement, par l'article 55 de la loi instituant la CMU, à « expérimenter de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, fondés sur la tarification à la pathologie », le parlement reprend, en des termes pratiquement identiques, une disposition de la loi de réforme hospitalière de 1991.

Le projet n'est donc pas nouveau. Il est d'autant moins que, dès le milieu des années 1980, l'élaboration du PMSI posait clairement la question de savoir s'il serait un simple outil d'aide à la gestion ou, comme d'autres pays, un outil de tarification.

Ce débat récurrent, et le blocage qui en est résulté, montre bien que les difficultés du sujet sont moins dues à des problèmes techniques – qu'il ne faut pas sous estimer – qu'à la crainte éprouvée par de nombreux acteurs hospitaliers devant un système de financement de l'activité réelle en fonction de ses coûts réels.

Le législateur est certainement conscient de cette inquiétude. Mais, relançant un processus qui n'a pu être engagé il y a dix ans, il signifie aussi sa volonté de sortir d'un système de financement dépourvu de transparence, favorisant le maintien de trop nombreuses situations de rentes au détriment des établissements ayant une forte activité, et, par là même insuffisamment capable de soutenir la modernisation de ces derniers ou de répondre aux besoins dans certains domaines.

Pour autant, chacun mesure la somme des problèmes de tous ordres, à résoudre avant d'instaurer un système de financement basé sur l'activité, en particulier en raison de l'existence de deux secteurs d'hospitalisation obéissant à des logiques de gestion profondément différentes. C'est pourquoi le législateur prévoit, comme il l'avait fait en 1991, une période d'expérimentation étalée sur cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2000 en l'occurrence.

La mission d'expérimentation mise en place dès janvier 2000 est animée par une petite équipe susceptible de prendre appui sur les services du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (notamment la mission PMSI) et sur les organismes d'assurance maladie.

Le chef de la mission préside le Comité de pilotage (organe de décision quant aux orientations stratégiques de l'expérience) qui est composé par les représentants de l'hospitalisation publique et privée de l'administration. Il préside aux débats du Comité des experts qui a pour rôle l'analyse des travaux d'une dizaine de groupes de techniciens et émet des propositions de méthodes auprès du Comité de pilotage. Ce dernier, enfin, recueille les avis des comités consultatifs représentant les organisations syndicales professionnelles ou d'utilisateurs.

Je ne puis, dans le cadre de ce bref exposé entrer dans le détail des nombreux travaux initiés depuis 18 mois et qui sont d'une grande richesse. Je me bornerai à évoquer les trois questions qui forment, sans doute, l'essentiel de la problématique de la mission.

- Comment évaluer le coût des missions de service public ?
- Comment résoudre le problème posé par l'écart de coût entre hospitalisation publique et hospitalisation privée ?
- Comment gérer les honoraires des praticiens libéraux dans une tarification « à coût complet » ?

Pour bien comprendre le point auquel est parvenue la mission aujourd'hui, il faut rappeler, succinctement, les principes arrêtés par le comité de pilotage dès juillet 2000 :

- Fonder l'expérience de tarification sur la notion de concurrence par comparaison, ce qui revient à fixer, même pour un avenir plus ou moins éloigné, en terme d'une période de convergence tarifaire, l'objectif d'une échelle tarifaire unique pour l'hospitalisation publique et privée.
- Développer un modèle de financement mixte comprenant, d'une part, un paiement prospectif forfaitaire lié à l'activité et, d'autre part, un financement complémentaire, a priori, sous forme de dotation, des activités de service public ou des contraintes d'intérêt général quel que soit le secteur où elles sont mises en œuvre ou observées.
- Utiliser le PMSI comme outil prioritaire de tarification ce qui revient à mettre en œuvre une tarification par GHM plutôt qu'une tarification « à la pathologie » stricto sensu.

Ce bref rappel devrait éclairer la réflexion à l'égard des trois questions que j'évoquais plus haut.

1. Avancées et interrogations quant au périmètre de financement des missions de service public et des contraintes d'intérêt général.

Comme je le soulignais à l'instant le comité de pilotage a entendu que les missions de service public et les contraintes de l'intérêt général reçoivent un financement spécifique, hors tarification par GHM. Sans doute y voyait-il le moyen d'assurer un financement non aléatoire de ces missions, ce qui est conforme à leur nature, et, ceci étant assuré, d'instaurer un système de financement de l'activité – la tarification par GHM – censé financer des activités devenues strictement comparables quel que soit le statut de l'établissement.

Un assez large consensus, s'est dégagé à l'égard des critères à retenir pour allouer les ressources aux missions de prise en charge des urgences (critère de structure, d'activité et de case-mix) mais un désaccord subsiste sur l'évaluation du coût de cette prise en charge entre les spécialistes et les représentants de l'hospitalisation publique.

Le consensus est plus important sur l'estimation du coût de prise en charge des patients en situation de précarité et sur les indicateurs susceptibles d'aider à l'évaluation de l'importance de la population concernée dans les différents établissements. De même, les propositions de méthodes visant à mieux connaître et financer les activités de recherche et

d'innovation thérapeutique reçoivent –elles un bon accueil, même s'il reste encore à préciser le modèle d'allocation. En revanche, les points de vue divergent quant au coût réel de l'enseignement et de nouveaux travaux doivent être engagés sur ce point.

Mais, en définitive, le problème de fond est de parvenir à un accord sur ce coût global des missions de service public. Cela revient à cerner, au-delà des coûts directs identifiables sans difficulté majeure les coûts induits. Le secteur d'hospitalisation publique avance, en particulier, la question des coûts induits par « la permanence » inhérente aux obligations de service public. Elle entraînerait la nécessité de surcapacités de plateau technique et d'hébergement. Sont également évoqués les « effets de gamme » c'est-à-dire les effets liés au fait que l'hospitalisation publique ne peut sélectionner les cas à traiter.

Il faudra certainement étudier d'avantage ces questions. Cela ne me paraît pas impossible, par exemple par la méthode des monographies. Ceci étant, pour avoir conduit plusieurs audits organisationnels importantes dans des établissements hospitaliers, je ne pense pas qu'il faille exagérer les coûts induits par la « permanence » Il faudra bien aussi, un jour, définir avec plus de rigueur ce que l'on entend, en matière hospitalière, par un « aménagement du territoire ». Si d'utiles propositions techniques sur ces questions peuvent être avancées, la véritable réponse devra, en définitive, être politique.

2. Quelle échelle de référence des coûts expérimenter ?

Le comité de pilotage a fixé pour l'expérimentation le principe de concurrence par comparaison, rappelons-le. Sauf à revenir sur ce principe, ce qui, en phase expérimentale, est concevable, le comité ne peut que souhaiter le test d'une échelle relative des coûts qui soit commune aux deux secteurs d'hospitalisation. C'est, du reste en ce sens qu'il a émis à l'unanimité un vote en faveur du plan pluriannuel d'expérimentation qui lui a été soumis le 12 décembre 2000.

Il n'en demeure pas moins que la poursuite du programme dépend de l'issue du débat très important engagé depuis le printemps 2001 entre les spécialistes de la mission PMSI et les représentants de l'hospitalisation publique. Pourquoi ce débat ? Depuis le printemps dernier on dispose des données de l'échelle des coûts de l'hospitalisation privée. Leur confrontation avec celles de l'hospitalisation publique met en évidence un écart important de coûts. A vrai dire, cette information ne fait que corroborer ce que l'on savait déjà – il suffit de se reporter au rapport parlementaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 – mais elle est, cette fois, précise.

Bien entendu, il s'agit d'un écart brut. Son interprétation demande, d'un point de vue technique, beaucoup de prudence et de travail, les différences de structure et d'activité des deux secteurs d'hospitalisation interdisant toute conclusion hâtive.

Mais il est apparu, dans une logique de financement mixte, finançant les missions de service public, rappelons-le, tout à fait possible de tester- par simple simulation – un exercice budgétaire fondé sur plusieurs échelles de référence de coûts, dont une qui, commune aux deux secteurs d'hospitalisation, résulterait de la moyenne des coûts des échelles publique et privée. Il va sans dire qu'une telle simulation – si on peut en espérer des enseignements – ne préjuge en rien le choix final des pouvoirs publics.

Le comité de pilotage n'a pu, cependant, au début de l'été, parvenir à un accord sur les conditions du lancement de cet exercice de simulation engageant les experts à de nouvelles réflexions.

Ce qui fait question, notamment aux yeux de certains représentants de l'hospitalisation publique, c'est la conception même des GHM, résultant d'une moyenne des cas traités. Ils

rendraient parfaitement compte de la réalité de l'activité hospitalière publique. Ce qui est surtout observé par les experts c'est la différence, très importante, des effectifs de personnel non médical d'un secteur à l'autre.

Si la réflexion doit encore être poursuivie sur la question centrale des modalités d'expérimentation de la tarification par GHM – d'autres options que celles initiées par le comité de pilotage en juillet 2001 peuvent être examinées – il est, en tout état de cause, un point qui ne saurait être négocié. C'est le fait que le PMSI serve d'outil pour l'allocation des ressources. Or, à travers la multiplication des « préalables » méthodologiques le concernant, on peut se demander si certains ne regrettent pas le temps où, faute d'instrument de mesure, on pouvait « faire son marché » dans des conditions d'empirisme telles qu'on en voit, aujourd'hui, les résultats en termes d'inégalité.

Il faut d'autant plus être ferme à ce sujet que d'importants travaux sont engagés en vue d'améliorer très sensiblement l'exploitation des données du PMSI (modalité de prise en charge des « outliers » ou « séjours extrêmes », méthode de l'effeuillage progressif prenant mieux en compte les diagnostics associés...) et que les résultats de ces travaux devraient apaiser les inquiétudes manifestées notamment par le secteur public.

Il restera aux pouvoirs publics à se déterminer face à cette part de coût qui résulte de l'hétérogénéité des structures et de l'activité dans le secteur hospitalier public. Il y a des pistes. Qu'on songe aux besoins du secteur médico-social, par exemple.

3. Comment « intégrer » les honoraires des praticiens libéraux dans la tarification au sein de l'hospitalisation privée ?

Tout le problème est de concevoir un dispositif capable d'intégrer les honoraires dans le calcul du coût par GHM sans que cela constitue une intégration du point de vue juridique ou déontologique, eu égard aux principes qui régissent la médecine libérale.

Un dialogue très constructif s'est engagé entre les représentants des organisations professionnelles des praticiens libéraux et la mission. De ce dialogue, il ressort que deux options émergent :

- soit associer à chaque GHM des « sous-GHM » définis sur la base de classe d'actes médicaux homogènes (du point de vue de la CCAM). Les praticiens ayant participé à la prise en charge des patients pourraient être rémunérés collectivement sur la base d'un forfait correspondant à un sous GHM (la répartition des honoraires entre praticiens ayant participé à la prise en charge se ferait en fonction d'une clef de répartition spécifique du sous GHM défini au plan national).

Le principal problème que poserait cette méthode serait la variabilité de rémunération des établissements en fonction de la part des honoraires.

- soit définir une rémunération forfaitaire par GHM du travail médical. La somme des versements opérés à ce titre pour un établissement constituerait une « masse d'honoraires » à répartir entre praticiens par exemple au prorata du travail médical mesuré par la CCAM.

Le principal problème que poserait cette méthode est que la rémunération de l'acte varierait selon les établissements.

Ces deux hypothèses ont le mérite d'être le point de départ d'une recherche. Il a été décidé d'explorer les problèmes concrets et les moyens de contourner les obstacles précités en

analysant les effets des hypothèses étudiées et de leurs variantes éventuelles, sur quelques établissements volontaires.

Pour conclure, on peut dire qu'il est aujourd'hui trop tôt pour dessiner avec précision les contours d'une réforme du financement des établissements de santé et même, un peu tôt encore pour se prononcer sur la configuration du modèle à expérimenter. Mais on peut, en revanche, dire, sans trop craindre de se tromper, qu'une part, au moins, du financement de l'hospitalisation – et une part sans doute essentielle – se fera, à moyen terme par la voie d'une tarification à l'activité. Parce que la maîtrise des dépenses de santé sera de plus en plus problématique. Parce que les situations de rente seront de moins en moins supportées dans ces conditions.

Bernard MARROT
Président du Comité de pilotage
de la mission d'expérimentation à la pathologie