

LA MISE EN ŒUVRE DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ EN FRANCE, REVELATRICE DES SPECIFICITES DE L'HÔPITAL PUBLIC

Robert Holcman

Directeur d'hôpital, auditeur à la direction de l'inspection et de l'audit de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. 3 avenue Victoria 75004 Paris, France, 01 40 27 52 01.

Docteur HDR en sciences de gestion. Professeur d'université qualifié CNU, associé à l'Institut d'études politiques de Bordeaux.

Adresse mail : robert.holcman@free.fr

Site personnel : www.robertholcman.net

Résumé :

Le nouveau mode de financement des hôpitaux publics français - la tarification à l'activité (T2A) - relie désormais le niveau de recettes des établissements de santé au volume et à la nature de leur activité. L'objectif cette réforme était non seulement de rationaliser le financement des hôpitaux mais aussi de les inciter à consentir des efforts de productivité. Or il s'avère que l'appropriation de la T2A par les managers hospitaliers - gestionnaires et médicaux - est contingente à la culture hospitalière, et qu'ils font face à un conflit d'objectifs entre préservation du service public hospitalier et mise en œuvre d'une logique de tarification par essence concurrentielle. Cette contradiction souligne la spécificité de l'hôpital public, entreprise pas comme les autres confrontée à une puissante incitation à la productivité.

Mots clés : Conséquences – management – financement - hôpitaux – tarification à l'activité.

Summary :

The new modality of French public hospitals funding - financing based on activity (T2A) - now links the revenue of health facilities to the volume and the nature of their activity. The objective of this reform was not only to rationalize the financing of hospitals but also to encourage them to make efforts to improve productivity. It turns out that the ownership of the T2A by hospital managers - managers and medical - is contingent on the hospital culture, and they face a conflict of objectives between the preservation of the public hospital service and the implementation of a financing based on activity logic which is inherently competitive. This contradiction highlights the specificity of the public hospital, a kind of company like no other, which faces a strong incentive to productivity.

Key words : Consequences – management – financing – hospitals - financing based on activity.

En deux décennies – du début des années 1980 au début des années 2000 – les hôpitaux publics français¹ ont connu trois modes de financement radicalement différents dans leur esprit et dans leurs objectifs : le prix de journée, la dotation globale, et la tarification à l'activité (T2A). La T2A a introduit des bouleversements sans précédent dans la gestion et le management des hôpitaux en liant leur financement au volume et à la nature de leur activité. Cet article rapporte les résultats d'une enquête de terrain (voir encadré méthodologique ci-dessous) conduite dans le but d'identifier les transformations que la T2A a apportées dans le management des hôpitaux publics, trois ans après son entrée en vigueur à plein régime.

Après avoir présenté brièvement les caractéristiques de fonctionnement de la T2A relativement aux anciens modes de financement, on montrera que l'appropriation de la tarification à l'activité par les managers hospitaliers est contingente aux contraintes, à l'organisation et à la culture du secteur public hospitalier. On expliquera ensuite en quoi l'autonomie limitée des établissements entrave les efforts de productivité attendus de l'application de la T2A.

1. Trois modes de financement en deux décennies

Jusqu'en 1983, les hôpitaux étaient financés sous le régime du « prix de journée ». L'unité de « production » d'un établissement de soins était la journée d'hospitalisation, quelles que soient la nature et la lourdeur des soins dispensés au patient. C'était un mode de financement indifférencié et inflationniste, parce qu'il consistait dans les faits à reconduire d'une année sur l'autre les dépenses engagées, en les majorant des dépenses supplémentaires anticipées, ce qui mettait les ressources des hôpitaux à l'abri de la rationalité budgétaire et du principe de rareté (Coudurier et *al.*, 1994).

À partir de 1983, les hôpitaux ont été financés par une dotation globale, une enveloppe fermée dont le montant était fixé en début d'exercice budgétaire et versé par douzième par la caisse primaire d'assurance maladie dont dépendait l'établissement². Chaque année, le ministère de l'Économie et celui de la Santé fixaient un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières en fonction d'hypothèses économiques générales, notamment les prévisions de hausse de prix et de salaires. La dotation globale avait pour objectif d'encadrer la masse financière engagée chaque année par les hôpitaux et, ce faisant, de les inciter à la productivité : avec des ressources désormais rares, on escomptait qu'ils maximiseraient leur emploi.

La dotation globale avait comme principal effet pervers de déconnecter le niveau des recettes de l'activité de l'établissement, et de pénaliser les établissements les plus engagés dans l'innovation médicale et le progrès technique : à moyen constant, il est plus facile de gérer un établissement de santé à l'activité standardisée qu'investi dans l'excellence médicale – cette dernière générant des coûts supplémentaires en termes de matériels, d'équipements et de médicaments (Piveteau et Coudurier, 1998).

De plus, le système de financement du secteur public hospitalier (la dotation globale) et celui du secteur privé (l'objectif quantifié national) n'étaient ni comparables ni compatibles. Leur imperméabilité rendait compliquait les coopérations entre structures du secteur public et du secteur privé, et constituait ainsi un frein à la recomposition du système hospitalier.

C'est la raison pour laquelle, la tarification à l'activité des établissements de santé a été introduite en 2003 ; elle est entrée en vigueur dans les cliniques privées commerciales à compter du 1^{er} mars 2005, et à 100 % dans les hôpitaux publics français depuis le 1^{er} janvier 2008.

¹ Ainsi que les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, désormais dénommés « Établissements de santé privés d'intérêt collectif » (ESPIC).

² Outre les établissements publics de santé, le financement par dotation globale concernait aussi l'immense majorité des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier. Les autres structures de santé – cliniques privées à but commercial et une centaine d'établissements à but non lucratif – étaient financées par le système de l'objectif quantifié national, une modalité de financement au séjour fondé sur une tarification à la fois à l'acte et à la journée.

Méthodologie de l'enquête

L'enquête de terrain sur laquelle cet article est fondé a été menée, durant l'été 2011, dans 10 établissements de santé – 3 centres hospitaliers régionaux universitaires, 2 hôpitaux nationaux (*), et 5 centres hospitaliers (2 de ces hôpitaux étant localisés dans le sud de la France, 1 dans le centre, 2 à Paris, et 5 en région parisienne) – ainsi qu'auprès du ministère de la Santé et d'experts en comptabilité analytique hospitalière.

46 entretiens ont été conduits : 43 en hôpital, auxquels s'ajoutent 3 entretiens complémentaires menés auprès des experts en comptabilité analytique hospitalière, ainsi qu'au ministère de la Santé.

Les 43 personnes rencontrées en établissements de santé appartenaient aux quatre métiers du management hospitalier : chef d'établissement (8 entretiens) ; président de commission médicale d'établissement (9) ; directeur adjoint (15) ; responsable de pôle d'activité (10). Les chefs d'établissement et les directeurs adjoints sont de hauts fonctionnaires hospitaliers qui appartiennent au corps des directeurs d'hôpital public ; les présidents de commission médicale d'établissement et les responsables de pôles d'activité sont des médecins. On pourrait considérer que les cadres, les cadres supérieurs, et les directeurs de soins sont également des managers hospitaliers ; il a été jugé ici que leurs fonctions – pour importantes et même essentielles qu'elles soient – n'impactaient pas la stratégie des hôpitaux et n'entraient donc pas dans le champ de cette recherche.

Les 46 entretiens ont été conduits de manière non directive, ils se sont articulés autour de thèmes proposés à la réflexion de chaque personne interviewée : les objectifs de la tarification à l'activité (T2A) ; l'incitation à la productivité ; les demandes d'intéressement des pôles ; l'optimisation du codage des dossiers ; les coopérations et les mouvements d'externalisation ; l'impact de la T2A sur le management des hôpitaux ; le développement de la comptabilité analytique ; la réflexion sur les coûts par GHS.

(*) Établissements publics de santé ayant une spécialisation disciplinaire, la psychiatrie ou l'ophtalmologie par exemple.

La T2A consiste à financer les établissements de santé – quel que soit leur statut, public ou privé – en fonction de la gravité de l'état des patients traités³. La pathologie principale et les pathologies associées consignées dans le dossier médical font l'objet d'un codage informatique qui permet de classer le séjour de chaque patient dans un groupe homogène de séjour (GHS) (Expert, 2006). Le GHS réunit tous les séjours de patients caractérisés par une pathologie principale identique⁴. À chaque type de séjour correspond un tarif de rémunération pour l'hôpital. Il existe aujourd'hui 2 500 GHS environ, dont les tarifs s'étalonnent de 90 966,53 € pour le plus élevé⁵ à 84,48 € pour le moins rémunérateur⁶. L'affectation du séjour d'un patient dans un GHS⁷, entraîne la perception pour l'hôpital du tarif correspondant à ce GHS.

Les tarifs des GHS évoluent en fonction de la durée du séjour, qui s'articule autour d'une borne basse et d'une borne haute – spécifiques à chaque GHS. Si la durée du séjour est inférieure à la borne basse, le tarif du séjour est minoré ; si, au contraire, cette durée est supérieure de la borne haute, le séjour est majoré

³ Le principe de financement à l'acte connaît certaines amodiations : des financements maintenus par dotation forfaitaire (missions d'intérêt général, d'aide à la contractualisation, missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ; des financements mixtes mêlant dotation forfaitaire et financement à l'activité (urgences et prélèvements d'organes, greffes). Ce niveau de détail de la T2A ne sera pas développé ici parce qu'il ne modifie pas les observations qui seront faites dans l'article.

⁴ On peut donner comme exemple de GHS : « Méningites virales, très courte durée » ou bien « Affections du système nerveux sans acte opératoire avec anesthésie, en ambulatoire ».

⁵ GHS n° 7860 : « Brûlures étendues, niveau 4 ».

⁶ GHS n° 9633 : « Autres techniques d'irradiation externe, en séances ».

⁷ La facturation du séjour est ouverte dès lors que le patient a été admis dans un lit d'hospitalisation complète ou en place d'hospitalisation de jour ou de nuit.

d'un supplément journalier. Par exemple, pour le GHS n° 7860, facturé à 90 966,53 € par séjour, la borne basse est de 28 jours et la borne haute de 171 jours.

La fixation des tarifs des GHS se fait à partir de l'analyse des coûts constatés pour chaque activité au sein d'un panel d'une cinquantaine d'établissements publics et privés non lucratifs, et d'une vingtaine d'établissements à but commercial, participant à l'Étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) (Cash, 2010).

Tous les ans, les ministères de la Santé et de la Sécurité sociale fixent les tarifs des GHS en fonction des résultats de l'ENCC et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement au sein de la loi de financement de la sécurité sociale. Les autorités sanitaires conservent ainsi le moyen de procéder à une régulation prix/volume des dépenses hospitalières : en fonction du volume de l'activité des différents GHS constaté l'année précédente, elles font varier d'une année sur l'autre les tarifs de ces derniers de façon à respecter l'enveloppe globale votée par le Parlement en comprimant les dépenses qui auraient un caractère par trop inflationniste (Mercereau et al., 2005).

À l'heure actuelle deux échelles tarifaires différentes cohabitent : l'une pour le secteur public et privé non lucratif, et l'autre pour le secteur privé commercial. Dans l'ensemble, le tarif de chaque GHS est mieux rémunéré dans l'échelle publique que dans l'échelle privée. La convergence totale entre ces deux échelles tarifaires, qui devait intervenir en 2012, a été repoussée à 2018 par le ministère de la Santé au profit d'une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour à partir de 2010 (Vasselle, 2009).

2. L'appropriation de la tarification à l'activité par les managers hospitaliers contingente à la culture hospitalière

L'un des premiers enseignements de l'enquête de terrain est que l'appropriation par les managers hospitaliers de la logique de la tarification à l'activité (T2A) est fortement influencée par la culture de gestion publique des hôpitaux : ainsi la potentialisation de l'activité mise en œuvre a permis d'éviter jusque-là de trop fortes tensions sociales ; de même, si le dialogue s'est accru entre managers et producteurs de soins, le codage des séjours demeure insuffisamment optimisé.

2.1. La potentialisation du volume de l'activité

Sous le régime de la dotation globale, quand les hôpitaux étaient financés sur la base d'une enveloppe budgétaire annuelle fermée, les producteurs de soins étaient incités à réfréner leur activité afin de comprimer leurs dépenses et tenter d'assurer l'équilibre budgétaire de l'hôpital. Désormais, les mêmes médecins sont encouragés à faire l'inverse, puisque c'est l'activité qui détermine le niveau des recettes : auparavant, à financement constant, l'activité génèrait des coûts ; désormais, elle produit des recettes dans un contexte de gestion caractérisé par des coûts fixes prédominants.

La potentialisation de l'activité – priorité désormais partagée entre soignants et gestionnaires hospitaliers – consiste à identifier un écart éventuel entre l'activité réelle constatée et l'activité potentielle d'un service ou d'un hôpital, déterminée par les moyens de production disponibles, et à combler cet écart, à « saturer » l'activité pour reprendre l'expression utilisée par certaines personnes interrogées, et ce en utilisant tous les lits d'hospitalisation autorisés et en faisant fonctionner les équipements et les équipes soignantes à un niveau proche de leur maximum.

L'accroissement du volume d'activité sollicite les gisements de productivité les plus faciles à activer ; en accroissant le niveau de production dans le ratio input/output, on augmente la productivité apparente. L'augmentation de l'activité génère des recettes additionnelles au prix d'un seul accroissement des coûts variables. Elle permet, sinon d'éviter, mais tout au moins de différer la réflexion sur le principal poste des

coûts fixes, les frais de personnels (entre 60 et 75 % des dépenses des établissements de santé) (Holcman, 2007). C'est une approche d'autant plus aisée que si la notion de productivité est taboue à l'hôpital, les termes d'efficience et d'efficacité sont maintenant acceptés.

La potentialisation de l'activité n'est pourtant qu'une mesure de court terme. La perspective de la convergence tarifaire totale entre secteur public et secteur privé (qui mettra fin à la surrémunération de l'activité dans le public par rapport au privé) et/ou la pérennisation d'un déficit d'exploitation, conduira un moment ou un autre l'hôpital public à s'interroger sur ses coûts de production. Une fois que l'effort pour saturer les capacités de production de soins est mené à son terme, si un hôpital ou une activité continuent d'être plus chers qu'ailleurs, il faudra alors attaquer le versant le plus ardu de la recherche de gains de productivité : la compression des dépenses à activité inchangée.

En d'autres termes, le positionnement des hôpitaux à court/moyen terme à l'égard de la T2A dépend pour beaucoup de leurs gisements d'activité inexploités : ceux qui disposent encore de marges de manœuvre en termes d'activité (les hôpitaux les moins dynamiques) conservent la possibilité de « saturer » cette dernière et de différer les actions de compression des dépenses (principalement de personnel) et de minoration des coûts ; les autres hôpitaux, ceux dont les marges de manœuvre en termes d'activité sont faibles ou inexistantes (les établissements les plus actifs), sont dès à présent confrontés à la nécessité de procéder aux choix douloureux et difficiles socialement à mettre en œuvre, que tous les hôpitaux ou presque ont différé jusqu'à maintenant et que la T2A les oblige – à différentes échéances selon leur situation – à affronter.

Enfin, la potentialisation de l'activité connaît une limite structurelle. Les efforts pour accroître l'activité dépendent des besoins de santé du bassin de population où est situé l'hôpital (Mauss et Polton, 2003) : dit autrement, on ne peut pas fabriquer des malades...

2.2. Un dialogue accru entre directions et producteurs de soins

L'un des apports majeurs de la T2A à la gouvernance des hôpitaux publics français est d'avoir fait émerger un langage commun entre producteurs de soins et gestionnaires, et d'avoir ainsi puissamment revivifié le dialogue entre ces deux composantes principales de l'organisation hospitalière. Il est plus aisé pour les directions d'hôpitaux de mobiliser les médecins sur la base d'un discours fondé l'équilibre recettes/dépenses de leurs activités que sur des exhortations malthusiennes à la réduction des dépenses qui passait prioritairement par la diminution de l'activité. Les médecins sont particulièrement sensibles au fait que la T2A privilégie une logique qui rend possible la concrétisation de projets, alors que l'impératif de réduction des dépenses qui prévalait avec l'ancien régime de financement, la dotation globale (Péricard et Ballet, 2010), stérilisait la plupart des propositions d'activités nouvelles.

C'est la raison pour laquelle, dans l'ensemble les médecins se sont approprié cette nouvelle logique de financement dans laquelle ils ont vu la possibilité de ne plus être obligés de solliciter l'administration pour l'obtention de moyens supplémentaires, mais de démontrer l'utilité de leurs demandes par le biais du niveau de leur activité constatée ou prévisionnelle, et donc le niveau de recettes en regard à obtenir par l'hôpital. Bien évidemment, la préoccupation gestionnaire dépend évidemment toujours de l'appétence de chaque médecin pour cette question ; de même, l'appropriation de la T2A par les médecins est variable suivant les disciplines médicales, les médecins exerçant dans des spécialités médico-chirurgicales – fondées sur des actes techniques et des consultations, parfaitement adaptées à ce mode de financement – y sont plus réceptifs.

Notons toutefois que la situation financière des hôpitaux influence puissamment l'acceptation du nouveau mode de financement. Plus la situation de l'établissement de santé est tendue – quelle que soit la raison – déficit d'exploitation, perte d'une ou de plusieurs activités, difficultés de recrutement, concurrence du secteur privé – plus les changements déterminés par la logique de la T2A sont aisément acceptés : la

crainte d'une mise sous tutelle et/ou d'une fusion avec un autre établissement désamorce les critiques et légitime la démarche gestionnaire. Inversement, une situation plus stable cristallise les réticences. On constate d'ailleurs que dans les hôpitaux peu impactés encore par la T2A en raison de la nature de leur activité (psychiatrie, soins de suite et de rééducation...⁸), les médecins y sont très hostiles.

2.3. Le codage des séjours insuffisamment optimisé

Les managers hospitaliers – qu'ils soient médecins ou directeurs – sont empreints de la culture hospitalière publique, qui s'est forgée sur la méconnaissance des règles et des raisonnements économiques – au premier rang desquels le principe de rareté. À cet égard, il est révélateur que la formation des directeurs d'hôpital soit historiquement juridique, fondée sur l'acquisition des règles de passation de marchés publics, de comptabilité hospitalière, et de gestion statutaire des agents de la fonction publique hospitalière (Schweyer, 2002). Les efforts limités d'optimisation du codage des séjours – à l'origine pourtant de la production de recettes – démontrent l'emprise toujours à l'oeuvre de cette culture managériale hospitalière.

La rémunération de chaque séjour hospitalier est en effet fortement corrélée à la façon dont le dossier du patient est codé : plus le codage répercute l'intégralité des soins dont le patient a bénéficié, plus le séjour de ce dernier est rémunérateur pour l'hôpital où il est accueilli (Bretelle et al., 2011). Or, bien souvent dans les hôpitaux publics, le codage est soit insuffisamment complet, soit erroné, soit les deux à la fois.

Alors que dans les établissements de santé privés commerciaux le caractère crucial du codage a été parfaitement appréhendé et que des personnels spécialisés sont spécifiquement chargés de traiter les dossiers médicaux des patients en collaboration avec les services financiers, les hôpitaux publics sont toujours caractérisés par une faible culture de la recette. Bien souvent, la seule exigence porte sur l'exhaustivité, c'est-à-dire que chaque dossier ait fait l'objet d'un codage, quelle que soit la qualité ou l'efficacité de ce dernier (Coulomb, 2008). Tous les établissements publics ne se sont pas dotés de logiciels d'optimisation ; seuls certains ont fait procéder à un audit destiné à identifier ce qui n'est pas ou mal codé. De même, la formation des médecins des services de soins à la codification n'a pas été à la hauteur des enjeux... parfois même elle a été défailante.

De même, dans les hôpitaux publics, le choix n'a pas été fait entre un codage centralisé (par une équipe spécialisée) et décentralisé (au niveau des unités de soins) (Hautemanière, 2007), et c'est la plupart du temps un codage déconcentré au niveau des unités de soins qui prévaut avec l'appui central des départements d'information médicale. Cette solution intermédiaire mobilise des moyens importants en personnels à la fois pour assister les producteurs d'acte dans leur codification au niveau même des unités de soins, et au sein des départements d'information médicale qui, bien que sous-dimensionnés (et peu renforcés depuis l'entrée en vigueur de la T2A, la plupart du temps seuls un ou deux techniciens ont été recrutés) mobilise néanmoins du personnel.

Il faut toutefois noter que le large panel d'activité qui caractérise l'activité hospitalière publique complique significativement le codage, qu'il est plus aisé d'optimiser sur un nombre restreint de GHS comme c'est le cas des établissements privés commerciaux (qui adoptent en ce domaine une classique stratégie de niche) alors que la mission de service public des hôpitaux les contraint à ne pas sélectionner leur patientèle et à offrir un champ très large de soins. Le codage centralisé – appliqué dans le secteur privé commercial – s'adapte parfaitement à un nombre limité de GHS à coder. Dans les services des hôpitaux publics, les gens codent *a minima* dans les unités de soins ; ce serait une gageure (compte tenu de la masse des dossiers et de la faiblesse relative des équipes) pour les départements d'information médicale de reprendre et

⁸ La T2A s'applique actuellement à plein régime à l'activité MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), et va s'étendre prochainement aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR).

d'optimiser le codage fait par les services qui consisterait nécessairement en une relecture de chaque dossier codé.

De même, l'Assurance maladie (qui verse la recette à l'hôpital en contrepartie de chaque séjour constaté) vérifie ponctuellement qu'il n'y a pas eu de surcotation des dossiers médicaux afin d'obtenir indûment des financements, et applique de lourds redressements financiers en cas contraire (Desmarais, 2009). Or, bien souvent, les cabinets spécialisés et les logiciels d'optimisation poussent le codage à ses limites et exposent les établissements au risque de surcodage.

3. Une comptabilité analytique défailante révélatrice des limites endogènes à la mise en œuvre de la T2A

3.1. Une comptabilité analytique embryonnaire

La prise de conscience par rapport aux coûts n'est pas récente dans les hôpitaux, la nécessité de ne pas gâcher les matériels et le temps de travail des agents date des premières tensions budgétaires à l'hôpital à l'articulation des années 1990 et 2000 (Cauvin, 1989). Mais la comptabilité analytique des hôpitaux publics français demeure embryonnaire (Schechter et Delnatte, 2011). Seuls les établissements participants l'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC) – c'est-à-dire, on l'a vu, s'agissant des hôpitaux publics et des établissements de santé privés d'intérêt collectif, une cinquantaine – disposent d'une comptabilité analytique efficiente leur permettant de connaître leurs coûts par GHS (Grolier et al., 2002). Une étude non publiée⁹ conduite par le ministère de la Santé a montré que la moitié seulement des établissements publics de santé adhère à un référentiel national de comptabilité analytique, et que 37 % des établissements adhérant à un de ces référentiels étaient inscrits à la base d'Angers¹⁰ qui suit exclusivement les coûts des activités support (administratives et logistiques ; logistiques médicales ; médicotechniques) et pas ceux directement liés à l'activité de soins elle-même.

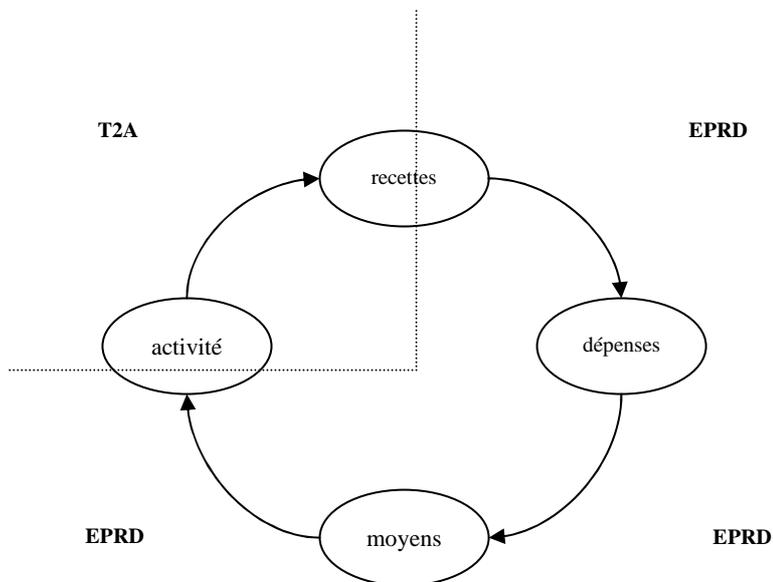
Or la connaissance du coût par séjour est essentielle. La logique de la tarification à l'activité (T2A) impose un raisonnement par GHS en recettes ; comment, dès lors, gérer un établissement de santé sans connaître le coût de chaque séjour de patient dans un GHS ? C'est, en effet, le seul indicateur d'activité comparable d'un établissement à l'autre. Faire du *benchmarking* à partir des coûts globaux des unités de soins (services, pôles, départements) – comme le ministère de la Santé le recommande – n'a pas de sens : chaque service, chaque pôle, chaque département a des contours et donc des champs d'activité différents.

La connaissance des coûts par GHS est d'autant plus importante aujourd'hui que le budget des hôpitaux a laissé place à l'État des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) qui non seulement encadre étroitement, et presque en temps réel désormais, les budgets hospitaliers (Peljak, 2006), mais surtout donne un rôle central aux recettes réelles des établissements publics de santé. En effet, chaque année, c'est le niveau réel des recettes (recettes brutes générées par la T2A défalquées des dépenses) qui autorise le volume de dépenses et, par là, les moyens nécessaires à l'activité... qui elle-même produit les recettes brutes de l'hôpital dans une boucle EPRD/T2A (schéma 1).

Schéma 1. La boucle EPRD/T2A

⁹ Ministère de la Santé, *Programme de généralisation de la comptabilité analytique dans les établissements de santé. Présentation des résultats de l'Observatoire de la comptabilité analytique hospitalière*, Paris, octobre 2010.

¹⁰ Depuis 1992, par convention avec la direction des hôpitaux du ministère de la Santé, le Centre hospitalo-universitaire d'Angers assure la gestion de la Base de données des coûts par activités, ainsi qu'une mission de conseil et d'aide à la mise en place de la comptabilité analytique dans les établissements de santé.



Source : (Holcman, 2013).

Dans une telle configuration, il est essentiel de connaître précisément le coût de chaque activité : même s'il n'est pas affiché comme tel, l'objectif principal du couplage EPRD/T2A est de contraindre les établissements de santé à minorer leurs dépenses non productives et à accroître les dépenses productrices d'activité. C'est la seule manière d'arriver à concilier un tassement ou une stabilisation des dépenses tout en maintenant l'activité, voire en l'accroissant (Holcman, 2013).

3.2. Le manque de fiabilité du système d'information

L'obstacle technique à l'établissement d'une comptabilité analytique efficiente dans les hôpitaux est le manque de fiabilité du système d'information. Actuellement, il existe une multiplicité de sources et de données à rattacher (Tourreilles, 2004) qui minore sa fiabilité : il serait, en effet, stérile de faire des efforts pour développer une comptabilité analytique efficiente qui brasserait des informations erronées.

Pour déterminer le coût de production d'un GHS il faudrait disposer des informations les plus précises concernant chaque malade, sachant tous les patients d'un service n'entrent pas dans le même GHS. Or, dans leur immense majorité, les hôpitaux sont incapables de le faire. Trois exemples soulignent les difficultés rencontrées : les médicaments ; les prothèses ; les actes réalisés à l'extérieur.

Les médicaments forment une part prépondérante du coût d'un séjour dans un GHS. Or actuellement les outils informatiques de dispensation nominative sont peu développés, et peu d'établissements en possèdent. Le prix des médicaments est alors affecté à l'unité fonctionnelle (UF¹¹) où se trouvent les patients et pas aux patients dont le séjour se rattache à cette UF. On calcule le coût global des médicaments affectés à cette UF et, ensuite, on le répartit en moyenne à tous les patients de cette UF. Par conséquent, au lieu de disposer d'un coût des médicaments par séjour de patient, on a un coût moyen du médicament identique pour les patients de l'UF.

En ce qui concerne les matériels implantables, l'absence d'outils de gestion informatisée dans les blocs opératoires conduit à répartir en moyenne le total des coûts liés aux prothèses entre tous les patients

¹¹ L'unité fonctionnelle est la plus petite entité d'activité de l'hôpital à partir de laquelle sont compilées les informations relatives à l'activité.

passés au bloc opératoire au lieu d'affecter au séjour de chaque patient le coût réel lié aux matériels qui lui ont été implantés. Il est donc actuellement impossible d'affecter ce coût réel à chaque séjour.

De même, pour les actes extérieurs réalisés durant une hospitalisation (dans un laboratoire extérieur ou un autre hôpital, par exemple), il faudrait être en mesure de récupérer et d'imputer nominativement les frais afférents à ces actes à chaque patient qui en bénéficie, ce qui n'est pas toujours le cas.

C'est la raison pour laquelle, même s'il existe sur le marché des logiciels de comptabilité analytique destinés aux hôpitaux, le problème demeure la base de données qui sert à les alimenter : la difficulté actuelle vient de ce qu'il faut aller « pêcher » les informations disséminées dans plusieurs systèmes différents. Or il est difficile et coûteux de changer de système d'information, le temps personnel et les moyens financiers manquent pour faire aboutir un système d'information efficient. De plus, ces logiciels « presse-bouton » sont des boîtes noires qui produisent des indicateurs chiffrés à partir des informations introduites mais qui n'offrent pas de capacités d'analyse en remontant la chaîne de causalité en cas de chiffres produits qui apparaîtraient aberrants ou problématiques. Il faudrait pouvoir au contraire décortiquer les coûts pour identifier où se situent les surcoûts.

Il convient d'ajouter que, comme pour le codage, le spectre large de l'activité dans les établissements publics, leur taille, la multiplicité de leurs activités – notamment les fonctions support internalisées – rend plus difficile l'établissement d'une comptabilité analytique. Il est plus aisé de tracer les coûts par activité avec un panel de 50 à 100 GHS que de 500 à 1 000 GHS, fréquemment observé dans les hôpitaux publics.

3.3. L'absence de volonté de développer une comptabilité analytique performante dans les hôpitaux publics

Le non-développement d'une comptabilité analytique efficiente dans les établissements de santé ne s'explique pas seulement par le manque d'outils et/ou les insuffisances du système d'information, il relève aussi – et surtout – du manque de volonté des chefs d'établissement et du ministère de la Santé. En effet, quelles conclusions, quelles actions, quels axes stratégiques pourraient être tirés d'une comptabilité hospitalière fiable et performante ? Quelles décisions pourraient être prises à partir des éléments qui seraient retirés de cette dernière ? Supprimer une activité ? Mais la mission de service public hospitalier exige des hôpitaux publics qu'ils accueillent – et soignent – tous les patients, ce qui nécessite de disposer d'un vaste panel d'activités permettant de répondre à cette demande de soins. Réduire la masse salariale ? Mais comment y procéder avec personnel composé quasi exclusivement de fonctionnaires hospitaliers ?

Pire encore, le fait de disposer d'informations précises relatives aux coûts des différentes activités des établissements placerait les directeurs d'établissements sous un faisceau croisé d'exigences contradictoires : chefs de services, responsables de pôle, agence régionale de Santé, ministère de la Santé, organisations syndicales... chacun exciperait des résultats de la comptabilité analytique pour faire valoir ses revendications, ce qui ne manquerait pas de susciter des tensions – notamment entre les producteurs de soins, d'une part, et entre les unités de soins, d'autre part.

Dans la situation actuelle, les médecins managers d'unités de soins n'ont aucune maîtrise ni même de notion des coûts indirects ou des dépenses liées aux fonctions support imputés sur leur activité (Peljak, 2007). En général, le corps médical ne conteste pas les charges directes, qu'il considère être correctement affectées dans les hôpitaux ; il n'en va pas de même pour les charges indirectes. Ils déclarent – à juste titre – ne pas être tenus au courant des arbitrages faits quant aux clés de répartition pour l'imputation des charges non affectées, et disent se sentir désarmés par rapport à l'information chiffrée, dans ce domaine tout particulièrement.

Le déploiement d'une comptabilité analytique efficiente dans les hôpitaux permettrait aux médecins d'estimer précisément le coût de leur activité et ainsi d'obtenir un retour sur les excédents qu'ils

généraleraient éventuellement pour le budget de l'hôpital. Force est de reconnaître que cette aspiration à savoir combien une activité rapporte et combien elle coûte à l'hôpital renvoie à la logique sous-jacente de la tarification à l'activité et à la notion de « rentabilité » intrinsèque de telle ou telle activité de soins (Or et Renaud, 2009) – d'autant plus que la convergence tarifaire totale à venir entre GHS dans le secteur public et le secteur privé est censée pointer, à moyen terme, les écarts de gains et de coûts pour une même activité dans les deux secteurs (Ministère de la Santé et des Sports, 2010).

Une comptabilité analytique efficace placerait donc les directions hospitalières dans une position très délicate en mettant en lumière l'affectation des dépenses de structures de l'hôpital sur les activités de soins. À ce sujet, on peut constater que le principal poste de dépenses des hôpitaux – le personnel – a évolué uniquement à la hausse : plus de 18 % d'augmentation entre 2001 et 2009. Surtout, le rapport entre personnels soignants (producteurs de recettes T2A) et personnels non soignants (non producteurs de recettes) est resté étonnamment stable : 3,5 en 2009 comme en 2001. Certes, historiquement les hôpitaux publics se distinguent par une internalisation quasi complète des fonctions support ; on aurait pu s'attendre, toutefois, à ce que l'entrée en vigueur de la T2A s'accompagne sinon d'une réduction globale des effectifs, mais tout du moins par une modification conséquente du rapport entre personnels soignants et non-soignants. Par conséquent, l'impossibilité – en l'état actuel de la comptabilité analytique hospitalière – de rattacher le coût des effectifs non producteurs de recettes T2A à des activités de soins évite aux directions hospitalières de devoir se justifier de l'absence de décision quant à la structure des effectifs de leurs hôpitaux.

L'autre risque d'établir une comptabilité analytique performante serait d'instiller une concurrence entre unités de soins. Pour l'heure, il y a des tentations pour réclamer un intéressement (Maraschin, 2009), mais ces aspirations viennent buter sur les différences fondamentales d'activité entre services : certains (réanimation, urgences...) sont producteurs de recettes T2A, mais déficitaires par nature, en raison du caractère extrêmement aléatoire et non prévisible de l'état des patients, du coût donc de leur prise en charge en regard des recettes fixes prévues pour les GHS ; d'autres activités, médicotéchniques notamment, ne produisent pas de recettes T2A (pharmacies hospitalières, unités de stérilisation des matériels, laboratoires, par exemple). Il serait donc difficile de pénaliser certains services au motif qu'ils génèrent moins de recettes alors que leur activité est par nature plus lourde et consommatrice de moyens que d'autres ; c'est encore plus vrai s'agissant de services fournisseurs de prestations médicotéchniques, non producteurs de recettes T2A, et qui donc n'auraient jamais vocation à bénéficier d'éventuels retours en dépit d'une gestion qui pourrait être bonne et d'une activité éventuellement soutenue.

En revanche, si l'on parvenait à établir les coûts réels de telle ou telle activité génératrice de recettes, alors des demandes d'intéressement seraient plus difficiles à rejeter : des responsables d'unités de soins pourraient être à même de faire valoir un ratio recettes/coûts comparativement à d'autres unités de soins productrices de recettes T2A pour réclamer un retour d'une part de ce qu'ils apportent à l'hôpital. L'existence d'une comptabilité analytique efficace et précise permettrait de distinguer les services pourvoyeurs bruts et pourvoyeurs nets de recettes à l'hôpital ; la différence entre les deux se faisant sur la base du coût réel et complet de chaque activité. Les services médicotéchniques support pourraient de même comparer l'efficacité de leur activité comparativement à celle de services identiques dans d'autres établissements et exciper de ces résultats pour éventuellement réclamer un juste retour de leur management efficient.

4. Conclusion

La mise en œuvre de la tarification à l'activité avait un double objectif, l'un affiché – connecter le financement des hôpitaux au volume et à la lourdeur de leur activité –, l'autre sous-jacent, inciter les hôpitaux à réaliser des efforts de productivité.

Le premier objectif est en partie atteint : la plupart des managers hospitaliers – qu'ils soient gestionnaires administratifs ou médecins – se sont approprié la nouvelle logique de financement en plaçant l'activité au cœur de leur pratique managériale alors que sous le régime de financement précédent l'activité était plutôt une variable d'ajustement utilisée pour faire évoluer le niveau des dépenses à la baisse. En revanche, la culture de gestion hospitalière qui continue d'imprégner les managers actuels les a conduits non seulement à privilégier des modes d'actions limitant les tensions sociales, mais aussi à ne pas mettre suffisamment l'accent sur des mécanismes directement inspirés du secteur privé – en l'occurrence l'optimisation de la valorisation monétaire des séjours hospitaliers des patients.

À la décharge des managers hospitaliers, il faut rappeler que leur action gestionnaire se déploie dans un environnement contraint. C'est ce qui explique que l'objectif sous-jacent du financement de l'hôpital par tarification à l'activité – la stimulation des efforts de productivité – rencontre quant à lui peu d'échos. Ainsi, rien n'est fait – y compris et surtout au niveau des autorités sanitaires – pour encourager le développement d'une comptabilité analytique efficiente qui permettrait d'identifier les coûts de chaque activité en regard de la recette qu'elle apporte à l'hôpital : disposer d'un tel instrument placerait les directions d'hôpital sous la double pression des responsables d'unités de soins productrices de recettes nettes qui seraient tentés de réclamer un intéressement à leurs résultats, et des organisations représentatives du personnel qui refusent catégoriquement tant la distinction entre catégories de personnes productrices ou non de recettes T2A, que la perspective d'une réduction des effectifs hospitaliers.

Les managers hospitaliers se trouvent donc placés au milieu du gué. Chargés de mettre en œuvre un nouveau mode de financement sans conteste bénéfique pour l'hôpital public, ils ont pris les mesures qui leur semblaient à leur portée, en différant les décisions douloureuses en termes de personnels et d'activités auxquelles la logique de la tarification à l'activité risque de les conduire à terme. S'ils ont fait ce choix, c'est qu'en réalité on fait ainsi peser sur leurs épaules un arbitrage qui ne ressortit pas à leur responsabilité : ce n'est pas à eux de décider de l'avenir de l'hôpital public, mais bien aux autorités politiques. Or le facteur le plus important – le nombre d'établissements de santé, qui dépend de ces dernières – n'a pas varié ; les recettes des hôpitaux étant les dépenses de l'Assurance maladie, cette stabilité du nombre d'établissements conjuguée à l'encadrement de l'enveloppe globale de financement des établissements de santé conduit à une raréfaction de fait du financement hospitalier en raison de l'accroissement des coûts de prise en charge dû aux progrès de la médecine et au caractère de plus en plus capitalistique de l'activité de soins hospitaliers. À ceci, les managers des hôpitaux ne peuvent apporter aucune réponse, et ne peuvent que mener une gestion de compromis entre défense du service public hospitalier et mise en œuvre d'un logique de tarification par essence concurrentielle.

Références bibliographiques

- Bretelle F., Muir J.F., Nolet P. (2007). Optimisation du codage lié à la T2A. Les bonnes pratiques. *Gestions hospitalières*, 471, 714-716.
- Cash R. (2010). Le calcul des tarifs des GHS. *Finances hospitalières*, 38, 7-9.
- Cauvin C. (1989). La gestion des coûts et des surcoûts : les exemples de l'entreprise et de l'hôpital public. *Journal d'économie médicale*, 4 bis, 59-66.
- Coudurier P., Tabuteau D., Rou A.F. (1994). *Dotation globale et prix de journée*. Berger-Levrault, Paris.
- Coulomb A. (prés.). (2008). *Rapport d'activité 2005-2007 du comité d'évaluation de la tarification à l'activité*. Document de travail de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 76/02.
- Desmarais P. (2009). Le contrôle externe et la T2A. *Cahiers hospitaliers*, 262, 22-27.
- Expert P. (2006). *La tarification à l'activité. Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*. Berger-Levrault, Paris.
- Grolier J. Pérard Y., Peyret P., Couty E. (2002). *La comptabilité analytique hospitalière médicalisée*. Editions de l'École nationale de la santé publique, Rennes.

- Hautemanière A. (2007). Le coût de production d'un résumé d'unité médicale. *Gestions hospitalières*, 470, 644-648.
- Holcman R. (2013). *Management hospitalier. Manuel de gouvernance et de droit hospitalier*. Dunod, Paris.
- Holcman R. (2007). L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ? *Journal d'Économie médicale*, 5-6, 307-317.
- Maraschin J. (2009). L'intéressement à l'hôpital, une émergence timide. *Objectifs soins*, 174, 29-32.
- Mauss H., Polton D. (2003). *Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail*. La Documentation française, Paris.
- Mercereau F., Boutereau-Tichet S., Maigne G., Guillaume H., Bérard M., Clavreul G., Sarlat G. (2005). *Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières*. Inspection générale des Affaires sociales/Inspection générale des Finances, Paris.
- Ministère de la Santé et des Sports. (2010). *Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire*. Paris.
- Or Z., Renaud T. (2009). *Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A). Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères*. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), Paris.
- Peljak D. (2006). *L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)*. Les Études Hospitalières, Bordeaux.
- Peljak D. (2007). *La gestion de pôle à l'hôpital*, Les Études hospitalières, Bordeaux.
- Péricard B., Ballet L. (2010). L'économie de l'hôpital. 2. Les dépenses de l'hôpital. *Revue française de comptabilité*, 428, 40-45.
- Piveteau D., Coudurier P. (1998). *Dotation globale et prix de journée*. Berger-Levrault, Paris.
- Schechter F., Delnatte J.C. (2011). *Pratiques de comptabilité analytique en établissements de santé : examen du déploiement des outils dans un panel d'établissements de santé*. La Documentation française, Paris.
- Schweyer F.X. (2002). La formation des directeurs d'hôpital, trente ans de réformes et de débats ? *Revue fondamentale des questions hospitalières*, 5, 111-176.
- Tourreilles J.M. (2004). *Système d'information hospitalier*. Édition de l'École nationale de la santé publique, Rennes.
- Vasselle A. (2009). *Rapport d'information sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018*. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat, Paris.