

INFO en SANTÉ

lettre n° 8
avril 2004

système d'information, stratégie, qualité



ÉDITORIAL Gérard VINCENT P. 1
POINT DE VUE
T2A : avantages et risques
M.-C. CLOSON, J. PERELMAN P. 2
Contractualisation,
planification, gouvernance et T2A
J.-Y. LE QUELLEC P. 6

T2A et valorisation des missions
de services public de l'hôpital :
Quel enseignement tirer de l'exemple
électrique ? M. ET J.-P. BONNET P. 10
ARTICLE ORIGINAL
Comprendre ce que sera la T2A,
M. Aoustin, R. CASH P. 13

Comment se préparer
à la réforme de la T2A,
DR B. GARRIGUES, TH. COURBIS, L. BERNARD P. 16
REVUE BIBLIOGRAPHIQUE P. 22
PR P. DUJOLS
RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS P. 23
BULLETIN D'INSCRIPTION P. 23

ÉDITORIAL SPÉCIAL Tarification à l'activité

La Fédération hospitalière de France a été l'une des premières composantes du monde hospitalier à avoir prôné une évolution du système de financement des hôpitaux basée sur l'activité, en accord total avec les Conférences de directeurs et de présidents de CME.

Toutefois, l'adhésion à cette réforme souffre d'une divergence fondamentale avec les autorités ministérielles : il concerne le mécanisme de régulation à appliquer pour faire respecter l'objectif national de dépenses hospitalières fixé chaque année pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Plus précisément, il s'agit de savoir si la régulation doit s'opérer sur deux enveloppes séparées - l'une correspondant aux dépenses du secteur public, l'autre à celles des cliniques - ou bien sur une enveloppe unique et totalement fongible, commune aux deux secteurs d'hospitalisation.

C'est cette dernière solution qui est retenue aujourd'hui, contre l'avis unanime de la communauté hospitalière publique. En effet, il existe des différences notoires entre les deux secteurs d'hospitalisation, en termes de contraintes

de gestion, d'obligations réglementaires et de logique de fonctionnement. Force est de constater que la réactivité des établissements publics ainsi que leurs marges de manœuvre sont limitées par leurs obligations d'ordre statutaire, les exigences du code des marchés publics et la mise en œuvre d'un certain nombre de dispositifs législatifs et réglementaires qui pèsent sur leurs coûts de production : à titre d'exemple, la RTT médicale et la directive européenne imposant un repos de sécurité et la limitation de la durée du travail médical à 48 heures gardes comprises ne s'appliquent qu'aux hôpitaux publics. Il est donc clair que ces derniers partent avec un sérieux handicap en termes de « productivité », face à des cliniques qui bénéficient d'une réelle souplesse de gestion leur permettant d'acquérir de nouvelles parts de marché dans un contexte de plus en plus concurrentiel. Dans ces conditions, la régulation des dépenses hospitalières sur une enveloppe unique totalement fongible aurait pour conséquence de transférer une partie des crédits publics vers les cliniques, au détriment du service public hospitalier.

Enfin, il convient de souligner que ce refus d'une enveloppe de régulation unique par la communauté hospitalière publique ne doit pas être interprété comme la peur d'évoluer vers une harmonisation totale des modes de financements public et privé. Les hospitaliers publics sous-

crivent en effet à un tel objectif-cible, pour autant qu'une phase de transition permette d'assurer effectivement cette convergence, dans le cadre d'un schéma de régulation réaliste et responsable qui tienne compte des spécificités de chaque secteur d'hospitalisation, de l'ensemble des contraintes politiques, économiques et sociales, et de l'évolution de la gouvernance hospitalière.

Ce n'est qu'à cette condition que les hospitaliers publics pourront s'engager, de façon efficace, déterminée et sereine, dans le nouveau mode de financement des établissements de santé.

Par ailleurs, outre la question de la régulation, la FHF a maintes fois attiré l'attention de l'ancien ministre sur, d'une part, les inconvénients d'un tarif fixé au niveau national, qui semble difficilement compatible avec la nécessaire prise en compte des enjeux et stratégies régionales, et d'autre part, la nécessité de valoriser de façon transparente et exhaustive les missions d'intérêt général. L'enveloppe MIGAC apparaît aujourd'hui comme une simple variable d'ajustement.

Enfin, la réforme du mode de financement ne saurait se déployer sans qu'en parallèle de nouvelles règles de gouvernance soient clairement posées et effectivement mises en œuvre. Cette évolution, qui conditionne l'assouplissement de la gestion des hôpitaux publics et leur réactivité dans un contexte de plus en plus concurrentiel, apparaît comme une condition majeure du succès de la réforme. C'est pourquoi, il est urgent et vital que les Pouvoirs publics fassent aboutir ce chantier dans les meilleurs délais.

En tout état de cause, une évaluation de l'ensemble du dispositif, prévoyant des actions correctrices en tant que de besoin, paraît indispensable. La FHF a souhaité la mise en place d'un comité de suivi ; ce comité n'ayant pu être mis en œuvre dans le cadre de la loi, il devrait pouvoir être constitué par voie réglementaire. Dans ce cadre, la FHF ne manquera pas d'exprimer les suggestions ou inquiétudes des hospitaliers publics, dans un esprit constructif et dans l'unique but de faire avancer ce projet, en adhésion avec les professionnels du terrain.

Gérard VINCENT,
délégué général de la FHF

INFO en SANTÉ

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Gérard Larcher
RÉDACTEUR EN CHEF Gérard Vincent
RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT Bernard Garrigues
COMITÉ DE RÉDACTION
Yann Bubien, Bruno Aublet-Cuvelier, Éric Lepage, Régis Beuscart,
Michel Calmon, Thierry Courbis, Pierre Dujols
SECRÉTAIRES DE RÉDACTION
Isabelle Hollinger, Laurence Mauté
MAQUETTE, FABRICATION, ÉDITION Héral
IMPRIMEUR Pharmapost
CORRESPONDANCE Yann Bubien y.bubien@fhf.fr

Fédération
hospitalière
de France

33, avenue d'Italie
75013 Paris
Tél. : 01 44 06 84 44
Fax : 01 44 06 84 45
E-mail : fhf@fhf.fr
Site : www.fhf.fr

Tarification à l'activité avantages et La réforme du financement

M.-C. CLOSON
Professeur d'Économie de la Santé
et d'Économie Politique à l'UCL
et Coordinatrice du Centre Interdisciplinaire
en Économie de la Santé
de l'École de Santé Publique de l'UCL.

J. PERELMAN
Chercheur au Centre Interdisciplinaire
en Économie de la Santé
de l'École de Santé Publique de l'UCL.

Pour contrecarrer les effets néfastes du marché dans les soins de santé dus aux spécificités de ceux-ci (surconsommation due à l'assurance des soins, sélection des patients en fonction des risques, asymétrie d'information entre prestataires et patients, externalités...), l'État a pris historiquement, dans la grande majorité des pays européens, une place importante tant dans le financement que dans l'organisation de la production des soins. Sans remettre en cause le rôle indispensable de l'État dans ce secteur, son intervention a parfois abouti à un système de santé bureaucratique où les incitants à l'efficacité étaient faibles.

La plupart des pays européens ont été confrontés à une croissance importante des dépenses de santé dans un contexte de déficits des dépenses publiques. De nombreuses réformes visant à mieux contrôler les coûts et à introduire des incitants à l'efficacité ont été mises en place. Ces incitants visaient souvent à rendre les différents acteurs plus responsables et à les mettre en concurrence. Dans le contexte belge, cela s'est traduit, notamment, par l'introduction de systèmes de financement plus prospectif des journées d'entretien dans les hôpitaux en fonction de l'activité.

Description de la réforme des journées d'hospitalisation en fonction de l'activité

Pour comprendre cette réforme et son impact, il est nécessaire de décrire brièvement le type de financement des hôpitaux qui existait en Belgique.

Le financement des soins hospitaliers en Belgique se divise en deux parties. D'une part le financement des actes médicaux et des médicaments repris dans la nomenclature des soins de santé, payés majoritairement à l'acte et rétrospectivement (selon des tarifs négociés entre mutuelles et organismes professionnels). D'autre part le

financement des journées d'entretien, couvrant les soins infirmiers et l'hôtellerie. Jusqu'en 1995, toute journée était remboursée selon un prix de journée par hôpital fixé par le ministère de la Santé publique sur base de la comparaison des coûts par unité d'œuvre (coût par repas, par m² pour le nettoyage...), des caractéristiques de l'hôpital (types de lits, universitaires, généraux...) et de l'intensité des soins prodigués. Ces journées étaient financées jusqu'à un certain quota, basé sur le nombre

de lits et un taux d'occupation normatif. Au-delà de ce quota, les journées n'étaient plus que partiellement remboursées. Un tel système de financement incite à la multiplication des journées (au moins jusqu'au quota) et des actes, mais n'incite pas à la recherche de l'efficacité dans la prise en charge des patients.

A partir de 1995, le nombre de journées pour lequel l'hôpital est financé est fonction de l'activité mesurée par le type de pathologies traitées dans l'hôpital [pris en

des hôpitaux risques de la durée de séjour en Belgique

compte par les *All Patients Refined Diagnosis Related Groups* (APRDRG)], de l'âge des patients (plus ou moins 75 ans) et du caractère gériatrique du séjour (mesuré par des critères très restrictifs). En effet, une très grande variabilité de la durée de séjour, compte tenu des trois facteurs de risque repris dans le financement, avait été observée entre les hôpitaux. Toutefois, cette variabilité peut être due à de nombreux facteurs justifiés ou injustifiés qui nécessitent des solutions différentes et appropriées. Elle peut être due :

- à des différentiels d'efficacité que le nouveau mode de financement incite à améliorer ;
- à une prise en compte insuffisante de certains facteurs (sévérité, facteurs sociaux...) sur lesquels l'hôpital n'a pas de prise ;
- à des différences de pratique médicale que la réforme devrait inciter à évaluer en termes de qualité et de résultats des soins ;
- à des facteurs aléatoires. L'estimation sera en effet moins précise pour un hôpital ayant peu de patients et plus de pathologies où la durée est très variable d'un patient à l'autre (cancers...).

Depuis la réforme, les hôpitaux qui, compte tenu de la structure des pathologies, de l'âge et du facteur gériatrique, ont une durée de séjour moyenne, pour l'ensemble de leurs patients, supérieure à celle observée sur l'échantillon de l'ensemble des patients belges, ont vu leur budget diminuer au profit des hôpitaux ayant une durée de séjour inférieure. De plus, le budget « prix de journée » augmente ou diminue si l'hôpital a un pourcentage d'hospitalisation de jour supérieur ou inférieur à la moyenne nationale compte tenu de l'intervention pratiquée.

En 2002, les quotas sont supprimés et le financement ne dépend plus que du nombre de journées « justifiées » (par les caractéristiques des patients : pathologies, âge et « gériatrie »).

Impact de cette réforme

Sur l'efficacité de la prise en charge et la diminution de la durée de séjour

Par cette réforme, le gouvernement visait une gestion plus efficace des séjours, supposée mener à une diminution de la durée de séjour, une réduction du nombre de lits et une rationalisation de l'offre (fusions d'hôpitaux, acquisitions, voire fermetures).

Les premières recherches menées après cette réforme indiquent une certaine efficacité de celle-ci dans la réduction des durées de séjour et la hausse du pourcentage d'hospitalisations de jour compte tenu de la structure des pathologies et de l'âge.

Accroissement de la sévérité des cas

Le financement est basé sur les APRDRG, qui comptent quatre niveaux de sévérité. Ces quatre niveaux de sévérité sont liés au type et au nombre de diagnostics secondaires encodés pour le patient. Un niveau de sévérité plus élevé donnant droit à un nombre de journées plus élevé, les hôpitaux ont intérêt à coder ceux-ci de la manière la plus exhaustive possible. La réforme s'est accompagnée d'une hausse importante de la sévérité des cas (forte diminution du pourcentage de patients dans les catégories de sévérité faible). Rien ne permet de supposer que la sévérité des cas se soit réellement aggravée. Cette hausse ne peut être due qu'à une amélioration du codage ou à une surcodification des séjours. Il est donc indispensable, dans un financement basé sur l'activité, de prévoir un contrôle sur la qualité du codage.

La recherche d'autres sources de recettes : accroissement du nombre d'admissions et des actes médicaux

Dans un système de financement à l'activité, l'hôpital, pour accroître ses recettes, ne peut plus multiplier les journées d'hospitalisation à structure d'activité donnée, mais est incité à accroître l'activité, à savoir les admissions. On a en effet assisté à un accroissement du nombre d'admissions. Pour évaluer si cet accroissement est lié à un besoin réel ou est un effet « pervers » de la réforme, un programme de recherche visant à pouvoir évaluer si les admissions sont réellement justifiées a été introduit.

L'aspect très partiel de la forfaitarisation risque de provoquer un autre effet pervers. Si le financement des journées est limité aux journées justifiées, ce n'est le cas ni des actes ni des médicaments, toujours remboursés à l'acte rétrospectivement. Les pertes liées aux journées d'entretien pourraient donc être compensées par d'autres aspects du traitement, toujours payé à l'acte. Il ne serait pas étonnant que les hôpitaux incitent leurs médecins à multiplier les actes médicaux (actes diagnostiques...) afin de financer leurs pertes en journées d'hospitalisation. De même que la hausse de la part payée par les patients, via les suppléments d'honoraires. Une étude récente menée par les Mutualités chrétiennes (voir La Libre Belgique du 16 octobre 2003) mettait en évidence cette hausse, que de nombreux gestionnaires d'hôpitaux justifiaient par la nécessité de combler les déficits. Celle-ci pose la question de l'équité d'accès aux soins.

Tarification à l'activité des hôpitaux

Le phénomène de compensation des pertes prône un élargissement de la réforme à l'ensemble des postes de dépenses, comme c'est le cas aux États-Unis ou comme ce sera le cas en France au cours des prochaines années. Il s'agit dans ce cas de déterminer des budgets globaux pour les hôpitaux sur base des caractéristiques de leur patientèle, budgets censés couvrir non seulement la journée d'entretien (hôtellerie, soins infirmiers) mais également les actes, les équipements et la pharmacie. Il reste préférable de conserver une partie du financement à l'acte pour maintenir un lien entre activité réalisée et financement, limitant les dangers de sélection et d'offre de soins insuffisante.

Impact sur la qualité des soins

Un système de financement des journées basé sur l'activité incite tous les hôpitaux à diminuer la durée de séjour en fonction de la moyenne nationale observée pour cette activité. De plus, l'incitant étant généralisé à tous les hôpitaux, il y a une tendance dans le temps à la diminution de la durée de séjour moyenne en fonction de cette activité. Cette diminution de la durée de séjour s'est traduite par une meilleure efficacité dans la manière de gérer les séjours, mais également par un transfert plus rapide vers d'autres structures non incluses dans le système de financement des journées justifiées comme les services de revalidations, les maisons de repos et de soins, les services psychiatriques... Un tel incitant peut également comporter des risques pour la qualité des soins (retour prématuré à domicile, complications, réadmissions). Un suivi de ces divers facteurs doit être réalisé pour éviter que la réforme provoque un simple déplacement des dépenses vers d'autres secteurs et une diminution de la durée de séjour ne permettant plus d'assurer une qualité de soins suffisante. Une évaluation des différences de pratique médicale en termes de qualité et de résultats des soins s'avère indispensable.

Impact sur l'accessibilité aux soins et le développement d'une médecine à deux vitesses

Un financement forfaitaire des journées d'hospitalisation peut induire un risque de sélection des patients. Cet effet se produit si l'hôpital a la possibilité de rejeter ou de sélectionner les individus pour lesquels ils estiment que le financement prévu (ici le nombre de journées) est inférieur ou supérieur aux coûts attendus (durée de séjour prévisible).

C'est pourquoi, la définition, par les pouvoirs publics, du budget destiné à financer les hôpitaux nécessite de cerner l'ensemble des facteurs qui ont un impact sur les coûts et le choix parmi celui-ci des facteurs que la société souhaite prendre en compte.

Une enquête menée auprès de 28 000 patients en 1995 a montré que les facteurs sociaux avaient un impact important sur la durée de séjour. Les patients socialement défavorisés peuvent en effet avoir des durées de séjour plus longues à cause d'un état général moins bon, d'un environnement social moins favorable à la sortie et de difficultés plus importantes, vu leurs problèmes financiers, à trouver une maison de repos, des soins à domicile. Si les patients socialement défavorisés ont en moyenne des durées de séjour plus longues, ne pas tenir compte de ce facteur dans la fixation du nombre de journées justifiées par hôpital amènera les hôpitaux qui en ont la possibilité à tenter, de manière directe ou indirecte, de prendre le moins possible en charge ce type de patients.

L'investissement dans la sélection des patients est « malheureusement » plus rapidement rentable que l'investissement dans la recherche de l'efficacité.

Il faut également tenir compte des moyens dont disposent les hôpitaux d'avoir un impact sur ces facteurs (possibilité de sélectionner ou de rejeter certains types de patients ou de pathologies, disponibilité de structures d'accueil et de soins en aval :

service de revalidation, maison de repos et de soins, services de soins à domicile...). Mettre en concurrence des hôpitaux qui n'ont pas les mêmes moyens d'agir sur les facteurs ayant un impact sur les dépenses, par exemple les facteurs sociaux, n'a pas de sens ou, plutôt, ne peut conduire qu'à l'endettement progressif des hôpitaux à patientèle défavorisée (hôpitaux situés dans les zones socialement défavorisées ou pour lesquels le statut public ou leur vocation « sans but lucratif » ne leur permet pas de sélectionner les patients).

Une recherche financée par le ministère de la Santé publique et des Affaires sociales a été menée au Centre interdisciplinaire en économie de la santé (UCL) pour développer une méthodologie permettant d'élaborer un système de financement tenant compte de l'impact des facteurs sociaux. La recherche a porté tant sur la durée de séjour que sur le taux de substitution hospitalisation de jour versus hospitalisation classique. A partir des données du résumé clinique minimum (âge, passage en gériatrie, pathologies, interventions, sévérité...), des données des mutuelles (statut d'assuré, indicateur d'activité ou de chômage, tranche de revenu) pour chaque séjour hospitalier et des données de l'Institut national de statistiques relatives à la commune du patient (taux d'isolement, de logements précaires, revenu médian...), nous avons déterminé l'impact des facteurs sociaux et démographiques sur la durée de séjour compte tenu des trois facteurs déjà pris en compte dans le financement (APDRG/ÂGE/GER) à partir d'une régression multivariée (tableau 1). En ce qui concerne les tranches de revenu, l'interprétation doit se faire en fonction de la classe supprimée, la catégorie des patients précaires, par rapport à laquelle il faut comparer les autres groupes socio-économiques. Elle reprend les patients ayant un revenu annuel inférieur à 600,000 BEF, les minimisés, les patients bénéficiant du régime assurantiel préférentiel (en fonction de critères sociaux).

On constate que toutes les classes de revenu ont des coefficients négatifs. La durée

: avantages et risques

Tableau 1

Impact des facteurs sociaux et démographiques compte tenu des trois facteurs déjà pris en compte dans le financement (APDRG/ÂGE/GER)

Variabes	Estimation	Erreur standard
Intercept	1.5 729*	0.3957
Variabes démographiques liées au patient		
Âge catégorie < 75 ans	0,0074*	< 0,0001
Âge catégorie > 75 ans	0,0025**	0,0005
Variable « tranche de revenu » des mutualités (impact du revenu par rapport à la catégorie « précaires »)		
600 < Revenu < 900	-0,0391*	0,0048
900 < Revenu < plafond	-0,0683*	0,0046
Revenu > plafond	-0,0953*	0,0037
Chômage	-0,0244*	0,0046
Indépendant	-0,0888*	0,0058
VIPO 75 %	-0,0114*	0,0033
Variable liée à l'hôpital		
Taux d'occupation	-0,0183*	0,0038
Variabes liées à la commune du patient		
Taux d'isolement	0,0884*	0,0096
Taux de logements précaires	0,0237*	0,0013
Variabes cliniques		
Gériatrie hors financement	0,3619*	0,0069
Décès	0,1792*	0,0079
Transferts	-0,0661*	0,0093
APDRG/ÂGE/GER	

*significatif au seuil de 1 %

de séjour des patients « précaires » est donc plus élevée. Plus le revenu augmente, plus le coefficient est négatif. Le fait d'avoir été hospitalisé dans un service gériatrique aigu (sans être retenu comme « gériatrique » dans le financement), l'isolement ou la part de logements précaires dans la commune ont également un impact positif sur la durée de séjour. Enfin, les indépendants restent significativement moins longtemps à l'hôpital que les autres patients.

A titre d'exemple, le tableau 2 montre pour quelques hôpitaux que les différences de « performance » en termes de durée de séjour obtenues dans le système de financement actuel et celles qu'ils obtiendraient si on tenait compte des facteurs sociaux peuvent être importantes.

Le tableau s'interprète de la manière suivante. L'hôpital « 7 » a, dans le système actuel, une durée de séjour de 18 % plus élevée que la moyenne. Ce pourcentage d'écart n'est plus que de 7 % si l'on tient compte des caractéristiques sociales de ses patients. On remarque que les changements

s'effectuent dans les deux sens, avec certaines pénalisations ou bonifications qui diminuent et d'autres qui augmentent.

Une analyse similaire a été menée sur le recours à l'hospitalisation de jour. Elle a montré que le recours aux hospitalisations de jour est plus faible pour les patients âgés. Le taux d'isolement dans la commune du patient est lié négativement à l'hospitalisation de jour. Par exemple, dans une commune avec 15 % d'isolés, le recours à l'hospitalisation de jour est environ 30 % inférieur à celui dans une commune avec 1 % d'isolés. La précarité des logements dans la commune a également un impact négatif sur l'hospitalisation de jour. Le revenu médian de la commune du patient a, lui, un impact positif.

Cette recherche a montré que la tentation peut être grande, pour certains hôpitaux qui en ont la possibilité, de rejeter les patients « non rentables », dont la durée de séjour attendue est supérieure à la moyenne. De même, certains hôpitaux pourraient se spécialiser dans les pathologies ou les interventions « sans risque », pour lesquelles la

variance des durées est peu élevée et aisément prédictible en fonction de facteurs observables (ORL, ophtalmologie, orthopédie...). A nouveau se pose la question de l'accès aux soins pour les patients les plus défavorisés. Les hôpitaux qui ne sélectionnent pas leur clientèle risquent de devenir, à terme, des hôpitaux « sociaux », où se concentrent les cas les plus lourds en termes de durée de séjour. La spirale de l'endettement pourrait s'amplifier, rendant encore plus difficile l'exercice d'une médecine de qualité. Par ailleurs, un hôpital endetté aura sans doute des difficultés à réaliser les investissements nécessaires pour une gestion et des soins de qualité, et ne sera pas en mesure de conserver ses meilleurs praticiens, attirés ailleurs par de meilleures rémunérations (liées à la rentabilité de l'hôpital et à la plus grande possibilité de demander des suppléments à une clientèle socialement favorisée). Par ailleurs, si les hôpitaux les plus défavorisés, en termes de clientèle, sont menacés financièrement, ils risquent de disparaître. Or, si l'État veut garantir l'accès aux soins, il devra tôt ou tard remédier à ces déficits croissants par des dépenses supplémentaires. La réforme entraîne alors des coûts additionnels.

Tableau 2

Écarts de performance de quelques hôpitaux avec et sans prise en compte des facteurs sociaux

Hôpital	Écarts dans modèle actuel en %	Écarts dans modèle actuel + facteurs sociaux)
1	-9	-9
2	19	12
3	4	-5
4	6	3
5	-2	-6
6	8	0
7	18	7
8	8	2

Source : CIES : Closon, M.-C., Perelman, J. et al (2001), Étude Coût-pathologie, rapport pour le ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement



Tarification à l'activité des hôpitaux : avantages et risques

JEAN-YVES LE QUELLEC

Chargé de mission

ARH PACA

Conclusion

La survie de notre système d'assurance maladie nécessite une maîtrise des dépenses de santé et une utilisation efficace des ressources. C'est pourquoi il est indispensable d'introduire des incitants et des contraintes financières pour favoriser la recherche de l'efficacité dans les hôpitaux. Toutefois, il faut être conscient que, soumis à ces contraintes, les hôpitaux tenteront de limiter leurs risques financiers en rejetant les patients pour lesquels les risques de pertes financières sont les plus importants et en diminuant éventuellement la qualité des soins si celle-ci implique des coûts non couverts.

Les patients présentant le plus de risques sont ceux pour lesquels certaines caractéristiques ne sont pas prises en compte dans les contraintes financières ou ceux présentant des profils de soins qui peuvent être très variables. Il s'agit principalement des patients âgés, des patients présentant des pathologies chroniques ou dont la prise en

charge peut être très variable (en termes d'intensité ou de qualité des soins) et les patients socialement défavorisés dont la prise en charge est souvent plus lourde et qui ne peuvent compenser un éventuel surcoût pour l'hôpital par des suppléments d'honoraires ou pour la chambre.

Une attention particulière doit donc être portée à ces types de patients pour éviter que les acteurs de santé soient amenés à tenter de ne pas les prendre en charge ou de ne pas leur donner une qualité de soins suffisante.

Il faut veiller à ce que chaque réforme dans l'organisation et le financement des soins de santé ne comporte pas d'incitants à pénaliser ce type de patients. C'est une condition indispensable si l'on veut éviter que les contraintes financières, que l'on veut, à juste titre, imposer aux hôpitaux pour améliorer leur efficacité, provoquent un développement de la médecine à deux vitesses. ■

Un char entre les ARH

Que reste-t-il de l'autonomie budgétaire des hôpitaux ?

La T2A vient prendre le relais d'un système à bout de souffle, économiquement pervers et devenu au fil des ans de plus en plus injuste et ingérable, même s'il a eu des effets très bénéfiques en matière de trésorerie et de développement des alternatives à l'hospitalisation, notamment en santé mentale.

Le concept de budget global (pour les établissements MCO) combinait initialement une dotation annuelle limitative et un outil d'ajustement annuel basé sur une mesure médicalisée de l'activité (le PMSI). Par ailleurs, l'organisation interne de l'hôpital devait être revue dans le cadre du regroupement des services en départements.

La départementalisation a échoué et la réforme du financement a été mise en œuvre en deux temps : la limitation des ressources, simple à mettre en place, a précédé de plus d'une douzaine d'années la mise au point de l'outil de mesure de l'efficacité médico-économique. Son utilisation par les ARH nouvellement créées, à partir de l'exercice 1997, comme outil d'allocation de ressources,

Références

- Epstein A.-M., Stern R.-S., Weissman J.-S., « Do the poor cost more? A multi-hospital study of patients' socioeconomic status and use of hospital resources », *NEJM*, 1990, 322 (16), pp. 1122-8.
- Kominski G.-F., Long S.-H., « Medicare's DSA and cost of low-income patients », *Journal of Health Economics*, 1997, 16, pp. 177-190.
- Martin S., Smith P., « Explaining variations in inpatient length of stay in the National Health Service », *Journal of Health Economics*, 1996, 15, p. 279.
- Van de Ven W.-P., Van Vliet R.-C., « How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? », *Health Economics Worldwide*, P. Zweifel and H.E. Frech III (eds.), Kluwer, Netherlands, 1992, pp. 23-46.
- Closos M.-C., Azoury E., Duchaine A., *Impact des facteurs sociaux sur les durées de séjour dans les hôpitaux, rapport final*, Bruxelles : CIES-UCL, 1997.
- Closos M.-C., Maes N., Duchaine A., *Impacts des facteurs sociaux sur la durée de séjour et les coûts dans les hôpitaux, rapport de recherche*, Bruxelles : CIES-UCL, 1998.
- Closos M.-C., Maes N., Duchaine A., Perelman J., Bellemans M., *La dimension sociale de l'hôpital : concrétisation des résultats de la recherche RSM - RCM dans le financement et l'organisation des hôpitaux, rapport final*, Bruxelles : CIES-UCL, 1999.
- Closos M.-C., Chevalier P., Perelman J., *Étude coût-pathologie, rapport de recherche*, Bruxelles : CIES-UCL, 2001.

Contractualisation, planification, gouvernance et tarification à l'activité

Engagement de relations et les hôpitaux sous DGF

Depuis le 1^{er} janvier 2004, les établissements de santé sous DGF ont basculé dans une nouvelle philosophie d'allocation de ressources, après vingt ans de budget global. Des réformes de cette ampleur sont rares et bouleversent en profondeur l'exercice professionnel des hospitaliers et des tutelles.

est intervenue trop tardivement, dans un contexte de réduction des moyens. La durée du décalage a creusé les inégalités et décrédibilisé une réforme qui aurait mérité mieux que l'utilisation mécanique et caricaturale qui en a été faite, en raison d'une mise en œuvre incomplète.

Faute de maîtrise de ses ressources, et face à une difficile (et parfois illégitime) maîtrise de son activité, l'hôpital a peu à peu subi ses budgets plus qu'il ne les a gérés, privant au final les décideurs (conseils d'administration, directions, CME) d'une gestion adulte et responsable de l'activité et des moyens.

L'atomisation des campagnes budgétaires par la pratique des enveloppes ciblées, qui a connu son paroxysme dans les années 2000, a contribué à détériorer la notion de priorités budgétaires (y compris au sein des enveloppes régionales...). Enfin, la flambée de la masse salariale, notamment médicale, de ces dernières années, a achevé de fragiliser les équilibres financiers et a fait du report de charge un mode de gestion presque banal.

C'est peu dire que l'autonomie des hôpitaux en matière budgétaire est à reconquérir : la T2A vise à la rétablir.

Une autonomie renforcée, une responsabilité accrue des décideurs

La philosophie de la T2A pour les établissements actuellement sous le régime de la DGF repose sur une dichotomie entre deux sources de financement :

- une dotation destinée à financer les missions non facturables d'intérêt général, l'enseignement, la recherche, les recours et engagements contractuels de l'ARH ;
- le produit de la facturation des activités de soins, basé sur une tarification nationale, évolutive, et éventuellement corrigé d'un coefficient correcteur géographique.

Au-delà de la période de transition, seule une partie de la ressource relèvera d'une décision de l'ARH : la dotation. Les autres ressources dépendront strictement de l'activité de l'hôpital.

Dès lors, les décideurs hospitaliers, confrontés à un projet de développement, devront raisonner en fonction de la production supplémentaire attendue, de son coût et du produit de sa facturation.

Le système actuel de développement exclusivement basé sur les possibilités ou la bonne volonté de l'ARH vis-à-vis du projet disparaîtra. Le gestionnaire sera jugé non plus sur son aptitude à vendre ses projets aux tutelles,

mais sur son aptitude à les calibrer, à les mettre en œuvre et à les gérer. C'est probablement plus noble et cela conduit à adopter des attitudes qui ne font pas obligatoirement partie des pratiques actuelles. Par exemple, aujourd'hui, le gestionnaire n'a pas toujours intérêt à optimiser les coûts prévisionnels, dans la mesure où les professionnels de terrain et les partenaires sociaux attendent (c'est légitime) le maximum de moyens, et dans la mesure où l'ARH risque de toute façon d'y pratiquer des abattements. A l'avenir, il aura intérêt à avoir une très bonne connaissance des coûts de production et à les dimensionner au plus juste pour parvenir à un bilan équilibré, voire pour développer des marges toujours utiles pour contrebalancer certaines activités déficitaires ou renforcer les capacités d'autofinancement. En matière d'équilibre budgétaire, les pratiques actuelles d'appel à des crédits de fin de campagne pour équilibrer les budgets, peu responsabilisantes et souvent peu efficaces, n'auront plus lieu d'être.

Désormais, en cas de déficit structurel, la tâche du gestionnaire sera singulièrement plus exigeante. En effet, les déficits proviendront, par définition, d'un coût de fonctionnement supérieur au produit de la tarification. Cela signifie soit que le

Contractualisation, planification, gouvernance et T2A : un

est insuffisant par rapport à son coût, soit que le coût de production des activités est supérieur aux tarifs.

Si, dans la première des hypothèses, une « réduction de voilure » ou une action sur l'attractivité peut être une solution pour une meilleure adéquation de l'offre à la demande, la seconde hypothèse suppose des mesures plus radicales. Il s'agira là de jouer sur l'ensemble des facteurs de surcoût, ce qui suppose du reste de les identifier (là encore, une bonne comptabilité analytique sera fondamentale).

Le rôle de l'ARH, ici, ne va pas fondamentalement changer dans sa finalité, mais devrait se durcir quant aux méthodes. Dans la mesure où elle n'aura plus le pouvoir de combler elle-même le déficit (la dotation MIGAC n'a pas vocation à compenser les pertes sur les activités tarifées), son action se bornera (mais avec des moyens renforcés) à alerter les décideurs, notamment le conseil d'administration, sur l'urgence de rétablir un équilibre. En l'absence de réaction efficace, un dispositif de mise sous tutelle est envisagé : l'autonomie entraîne, dans ce domaine, une sanction lourde des responsabilités.

Vers un autre usage de l'allocation de ressources

L'un des aspects les plus marquants de la réforme est la sortie du dispositif de péréquation qui, depuis 1997, différencie fortement les ressources disponibles entre les régions.

Cela signifie que les ressources dépendront de la production de soins, c'est-à-dire en réalité de la consommation de soins. Les régions où le recours aux soins est plus limité, toutes choses égales par ailleurs, que la moyenne nationale, ne bénéficieront plus d'une surdotation pour développer leur offre. La politique de péréquation reposait sur le postulat que de mauvais indices de santé publique résultaient d'une insuffisance de l'offre de soins hospitaliers, et que l'insuffisance d'offre résultait de l'insuffisance de ressources financières. Seule subsistera demain de ce dispositif, qui méri-

tera d'être évalué, une égalité basée sur les tarifs, encore que le dispositif du coefficient correcteur géographique risque d'en limiter la portée. Les acteurs locaux des régions sous-équipées pourront développer l'offre de leur propre initiative, à condition de disposer des ressources humaines, notamment médicales, et d'être suivis par un changement de comportement des populations : c'est un pari risqué.

En revanche les hôpitaux situés dans des régions fortement pourvues en médecins, et dont les habitudes de consommation de soins sont élevées, pourront développer plus que d'autres une offre de soins solvable, alors que le dispositif antérieur avait pour but de freiner le développement du secteur sous DGF, en raison d'une offre jugée pléthorique et de coûts de fonctionnement jugés trop élevés.

Le travail des ARH dans les régions où les zones où la demande est faible sera d'éviter que se créent des déserts sanitaires. La logique de marché ne peut s'appliquer au service public hospitalier : dans certaines zones et pour certaines activités, il n'y a pas de marché, mais il y a des malades. La logique contractuelle seule pourra, dans ces cas, permettre aux hôpitaux de répondre aux besoins de santé des populations.

Les risques d'une gestion cloisonnée des ressources

Ce serait une erreur de penser que la réforme de la T2A ne concerne pas les champs SSR et psychiatriques, ainsi que les hôpitaux locaux. Si ceux-ci ne sont pas dans l'immédiat concernés directement par la réforme, ils seront indirectement atteints par le biais des inévitables changements dans la politique d'allocation de ressources induits par le fractionnement de l'enveloppe régionale en bases (activité tarifée MCO, médicaments et dispositifs implantables, forfaits annuels, MIGAC et activités hors champ).

Au niveau régional, la politique d'allocation de ressources, et notamment l'enveloppe régionale de contractualisation, jusqu'ici bâtie très librement par une affectation de

la masse de ressources, ne pourra plus faire abstraction de l'existence de sous-enveloppes. La politique contractuelle, qui mutualise aujourd'hui les crédits, pourrait en être modifiée. Il s'ensuit un risque pour la contractualisation en psychiatrie et en soins de suite, qui bénéficiait jusqu'aujourd'hui de l'effet masse d'une enveloppe globalisée.

Par ailleurs les établissements qui disposent de l'ensemble des disciplines (MCO, SSR, psychiatrie) géreront des budgets cloisonnés, chaque « sous-budget » évoluant selon des logiques différentes.

Quelle contractualisation pour demain ?

Le renforcement de l'autonomie financière des établissements pourrait être vécu avec une certaine défiance par les tutelles.

D'abord, certains y voient un risque de dérapage des dépenses, par la disparition de l'encadrement limitatif des dépenses et des ressources au bénéfice d'un objectif de dépenses et de recettes. Dans ce cadre, l'actuelle négociation contradictoire, aujourd'hui largement vidée de son sens, devrait disparaître. Il conviendra cependant de maintenir un dialogue budgétaire basé sur une appréciation du caractère plausible des recettes au regard des prévisions de dépenses. Il importe que la tutelle puisse très tôt, avant le début de l'exécution budgétaire, attirer l'attention de l'établissement sur l'appréciation qu'elle porte sur le caractère utile ou coûteux, voire aventureux, de tel ou tel développement d'activité. Un espace annuel de dialogue entre l'établissement et la tutelle restera indispensable : le respect mutuel est le contraire de l'indifférence. En cas de situation structurellement déficitaire, la procédure d'alerte sur la situation budgétaire pourra ainsi être précédée de signaux.

Ensuite, d'autres y voient le risque d'une évolution anarchique de l'offre de soins, avec risque d'une pléthore dans les activités « rentables » et d'un abandon des activités moins rémunératrices. C'est une

changement de relations entre les ARH et les hôpitaux sous DGF

critique classique de la tarification à l'acte. Les relations contractuelles entre les établissements et les ARH, la fixation d'objectifs par le directeur de l'ARH aux gestionnaires du service public (complétée par la négociation des orientations stratégiques pour les établissements privés) et plus généralement l'attachement en profondeur des hospitaliers et des administrateurs à la mission de service public de l'hôpital permettent de penser que ces risques sont limités.

Enfin, les ARH peuvent redouter la perte d'une partie « l'arme budgétaire » dans leurs arguments de négociation avec les établissements et peuvent avoir le sentiment de perdre de l'influence par rapport à la situation actuelle. Le bilan de plusieurs années d'utilisation de ce type d'argument permet, de toute façon, de penser que sa portée restait limitée, notamment en matière de restructuration.

Sur quoi donc porteront les contrats avec des établissements, dès lors que leur autonomie sortira renforcée de la réforme tarifaire ?

D'abord sur les missions d'intérêt général, qu'il conviendra de définir et de contractualiser. Sauf dans des cas très limités d'activité très spécialisée, ou d'établissements très isolés, le soin hospitalier au sens strict en est exclu. On peut estimer que l'assurance qualité et le respect des normes n'ont pas non plus à y figurer, les tarifs intégrant, par nature, les coûts. Prendre en charge, dans certains cas, par exemple une équipe de lutte contre les infections nosocomiales dans le cadre du MIGAC, créerait une distorsion de concurrence avec les établissements contraints de la financer sur les produits de la tarification.

Le rétablissement de l'équilibre budgétaire ne devrait pas non plus faire l'objet, à l'avenir, de dotations contractuelles dans le cadre du MIGAC, puisque la doctrine de la mission T2A est que la contractualisation ne doit pas avoir pour effet de ralentir ou d'accélérer les effets de la nouvelle tarification. Sauf cas très particulier, on voit mal comment l'ARH pourrait prendre à sa charge dans l'enveloppe MIGAC les pertes dues à un défaut de productivité.

En revanche, le financement d'activités spécifiques, non tarifantes, par exemple à vocation régionale, est de toute évidence légitime.

En matière d'investissement, on pourrait penser que les charges de structures étant intégrées dans la base T2A, les établissements n'ont pas à bénéficier d'une enveloppe supplémentaire à ce titre, qui là encore créerait une distorsion de la concurrence. L'adoption d'un tel raisonnement poserait deux problèmes majeurs : d'abord elle induirait une incompatibilité entre deux chantiers majeurs du gouvernement, à savoir la relance de l'investissement par une injection massive de crédits de fonctionnement et de subventions d'une part, la T2A qui repose sur un principe de « non-ingérence » de l'ARH sur le financement du soin d'autre part.

Ensuite, il mettrait certains établissements structurellement coûteux dans une situation ingérable où ils auraient besoin d'investir pour se restructurer, alors même que leurs moyens baissent. Dans le domaine des entreprises publiques, les exemples sont nombreux de redressements qui ont été permis par des recapitalisations. Encore faut-il cibler les aides sur les établissements qui doivent et peuvent être restructurés en profondeur à relativement court terme.

Un raisonnement basé sur un projet médical de territoire : vers des contrats de territoire ?

La contractualisation n'a jamais été - ou n'aurait jamais dû être - exclusivement une affaire de moyens : plus que jamais, compte tenu du renforcement de leur liberté d'action, tant dans le domaine des autorisations que dans le domaine financier, le développement des EPS devra se faire en partenariat avec les ARH. Du reste, ce développement ayant vocation à se situer dans le cadre de projets médicaux de territoire, les contrats devront être coordonnés, dans l'idéal, avec l'ensemble des établissements d'un bassin de santé : la nouvelle planification pour l'ensemble des établissements s'inscrivant dans une

dynamique plus contractuelle et moins réglementaire. C'est indispensable pour accompagner harmonieusement les développements et éviter les projets concurrentiels où les progrès d'un établissement se feraient au détriment de l'existence d'un autre. C'est également indispensable pour éviter les carences dans le panel d'offres de soins jugé indispensable sur le territoire.

L'intérêt d'une contractualisation interne forte

Si l'autonomie des établissements vis-à-vis de l'ARH sort renforcée des réformes en cours, l'autonomie des pôles au sein des établissements est à encadrer. En effet, il est indispensable que les équipes soignantes, regroupées en pôles de gestion, fassent vivre les engagements contractés, sur la base de plans stratégiques, entre les tutelles et les équipes dirigeantes.

La contractualisation interne servira d'encadrement et de relais à la mise en œuvre, sur terrain, des contrats issus des projets médicaux de territoires. Cela laisse peu de place, en réalité, à l'initiative isolée, aux changements de cap, à l'autodétermination d'orientations médicales, qui mettent si souvent à mal les projets médicaux et qui ont fait échouer nombre de constructions sophistiquées dans le domaine des coopérations interhospitalières.

Les tutelles ne pourront valablement contracter qu'avec des hôpitaux qui auront démontré leur capacité à faire vivre une restructuration profonde et sincère dans le cadre de pôles solides et cohérents. A cet égard, le choix des responsables de pôles est fondamental, dans la mesure où ce sont eux qui, au quotidien, apporteront de la crédibilité à la signature du chef d'établissement.

On le comprend, l'ensemble des réformes qu'attend l'hôpital, planification, financement, autonomie, gouvernance, est indissociable. Il n'est pas possible de rentrer partiellement dans une vraie réforme. Il faut éviter de renouveler l'erreur de 1983. ■

MARIE BONNET

*Directeur d'Hôpital public
Assistance publique - hôpitaux de Marseille*

JEAN-PHILIPPE BONNET

*Ingénieur des Ponts et Chaussées
Préfecture de la région PACA.**Ancien chef du bureau des réseaux de transport
et de distribution d'électricité au sein
du Secrétariat d'État à l'industrie*

Tarification à l'activité des missions de service public Quel enseignement tirer de l'expérience ?

Introduction

Les réflexions actuelles sur le nouveau mode de tarification des hôpitaux conduisent à soulever la question de la valorisation des missions de service public. En effet, il est des actes que tout établissement de soins effectue : établissements publics comme établissements privés. Ces actes conduiront à une tarification identique quelle que soit la structure juridique de l'établissement. Cependant, il est des activités de nature autre, identifiées comme des missions de service public¹ : il peut s'agir de l'accueil des urgences et du principe de continuité (24 heures/24), de la mission d'universalité et de gratuité, qui comprend une dimension sociale évidente, de la mission d'enseignement et de recherche. Il convient d'identifier ces missions spécifiques et de les rémunérer à leur juste valeur, afin de ne pas handicaper gravement les structures qui les effectuent et notamment les CHU. Ainsi, pour les CHU comme pour les autres hôpitaux participant aux missions de service public, le tournant de la tarification à l'activité est un véritable enjeu lié à leur avenir en tant que pôle d'excellence. Ne pas obtenir de dédommagement conduirait à casser un potentiel sanitaire performant et envié à l'étranger.

Il s'avère que le secteur de l'électricité a rencontré des questions similaires lors de la libéralisation de ce secteur impulsée par la communauté européenne. Il existe une multitude de producteurs et de fournisseurs en Europe qui sont progressivement mis en concurrence. Certains producteurs, opérateurs historiques dans leur pays, effectuent des missions de service public (soutien aux énergies renouvelables ou aux économies d'énergie, tarifs sociaux, péréquation des tarifs) qu'il

fallait prendre en compte dans la tarification pour qu'ils ne soient pas pénalisés vis-à-vis de leurs concurrents dispensés de ces charges coûteuses. Par ailleurs, la gestion des réseaux, bien qu'elle continue à être exercée sous un régime de monopole, doit également respecter des principes de service public (qualité, continuité, péréquation des tarifs) tout en répondant à des exigences fortement accrues en matière de transparence comptable et d'efficacité économique.

Pour schématiser, les CHU sont confrontés aujourd'hui à des questions vécues par EDF à l'heure de la libéralisation européenne². Il s'avère dès lors intéressant de voir les réponses apportées par les autorités nationales et européennes à la question électrique, pour examiner ensuite si elles peuvent s'appliquer à la question hospitalière.

La compensation des missions de service public des producteurs : la contribution au service public de l'électricité (CSPE)

La délimitation du champ des missions de service public

La loi³ définit précisément les missions de service public, les opérateurs en charge de ces missions et le principe général de calcul des charges. Relèvent ainsi des missions de service public de l'électricité en matière de production et de fourniture :

- les surcoûts du soutien à la production d'électricité à partir de sources d'énergie renouvelables (EDF est en effet tenu d'acheter cette électricité à un prix supérieur au prix du marché) ;
- les surcoûts de la fourniture d'électricité dans les zones insulaires ou isolées (l'électricité coûte plus cher à produire mais reste

vendue au même prix qu'en métropole) ;

- les pertes de recettes dues à la mise en œuvre de tarifs sociaux.

Le calcul du coût de ces missions

Aux termes de la loi, les charges de service public sont calculées sur la base d'une comptabilité appropriée tenue par les opérateurs qui les supportent. Cette comptabilité, établie selon des règles définies par la Commission de régulation de l'énergie (CRE), est contrôlée aux frais des opérateurs qui supportent ces charges par leur commissaire aux comptes. La CRE est chargée de vérifier la légitimité des coûts avancés par les opérateurs. Elle a fixé des règles très précises pour définir les charges pouvant être imputées aux missions de service public. Elle peut, aux frais des opérateurs, faire contrôler leur comptabilité par un organisme indépendant qu'elle choisit.

Le système repose donc sur une connaissance précise et exhaustive des coûts des missions de service public. A titre d'illustration, le coût de ces missions se montait en 2002 à 1252,9 M d'euros.

Le paiement de la charge

Ces charges sont recouvrées à travers la partie « réglementée » des tarifs électriques, c'est-à-dire celle qui concerne l'utilisation des réseaux électriques. Pour cela, on répartit le montant global sur l'ensemble des kilowattheures livrés en France. Tous les clients continuent à payer ces charges, même s'ils ont changé de fournisseurs d'électricité. De cette manière, le recouvrement des charges de service public n'introduit pas de distorsion de concurrence. A titre d'exemple, pour 2003, le montant s'élevait à 0,33 centimes d'euros par kilowattheure, soit de l'ordre de 4 % du prix de vente de l'électricité à un client particulier.

et valorisation service public de l'hôpital exemple électrique ?

Conclusion

Les charges de service public en matière de production peuvent être évaluées de manière relativement précise et fiable. Elles devraient croître assez sensiblement dans les années à venir, notamment en raison de l'essor du soutien aux énergies renouvelables. Il a donc été retenu le principe d'une évaluation explicite des charges de chaque opérateur, qui bénéficie d'un dédommagement complet par le système des « charges de service public ». Ce système est alimenté par un prélèvement obligatoire sur l'ensemble des clients qui est automatiquement ajusté aux besoins de financement.

La compensation des missions de service public des gestionnaires de réseaux : le fonds de péréquation de l'électricité

Un tarif national unique mais des différences objectives de coût

La question d'une juste rétribution des missions de service public se pose également pour l'activité de gestion des réseaux de distribution, bien que celle-ci ne soit pas ouverte à la concurrence. En effet, les tarifs d'utilisation des réseaux continuent d'être péréqués au niveau national. Or, on conçoit bien que les conditions économiques d'exploitation d'un réseau électrique en zone montagneuse n'ont rien à voir avec les coûts d'exploitation en zone urbaine. Les recettes y sont notamment plus faibles pour un kilométrage équivalent de lignes à entretenir. En pratique, EDF assure toujours en son sein les transferts financiers nécessaires. Il existe cependant en France plusieurs dizaines de petits opé-

rateurs municipaux ou départementaux, souvent en zone rurale, pour lesquels les tarifs nationaux sont insuffisants pour couvrir leurs coûts.

L'intervention d'un fonds de compensation réparti sur la base de critères techniques

Cette obligation de desserte par les réseaux, également identifiée par la loi comme une mission de service public, fait l'objet de compensations financières à travers le « fonds de péréquation de l'électricité ». La comptabilité des opérateurs doit normalement faire apparaître les charges et les recettes liées à la gestion des réseaux. Comme dans le cas de la contribution au service public de l'électricité, la compensation pourrait être calculée sur cette seule base. Toutefois, un tel système n'inciterait pas les opérateurs à rechercher une amélioration de leur productivité et une réduction de leurs coûts. L'asymétrie d'information est plus grande que dans le cas de la contribution au service public de l'électricité où les principaux paramètres économiques sont encadrés.

La loi prévoit donc l'existence d'une compensation liée aux « particularités des réseaux publics de distribution qu'ils exploitent ou de leur clientèle ». Il est prévu une redistribution de l'enveloppe selon des indicateurs physiques traduisant les spécificités des réseaux (par exemple la longueur rapportée à la population) ou de la clientèle (par exemple la répartition entre particuliers et PME). Ainsi, ce sont ces grandeurs objectives qui seront prises en compte pour déterminer le montant des compensations attribué à chaque opérateur. Cette méthode évite qu'un opérateur ne soit tenté d'allouer des charges excessives à ses missions de service public, dans la mesure

où cela n'aura pas d'effet sensible sur la contribution qu'il recevra. Son inconvénient est de reposer sur une schématisation un peu abusive de la formation des coûts de l'activité (qui se trouve rapportée à quelques grandeurs techniques).

La compensation des charges de service public dans le secteur hospitalier

Une démarche comparable à celle de l'électricité dans ses grandes lignes

Comme les réformateurs du système électrique l'on fait, il appartient à la communauté des hospitaliers et à ses tutelles :

- de délimiter le champ des missions de service public. Nous les connaissons toutes mais il convient d'en fixer les limites ⁴ ;
- d'en évaluer les coûts globaux (il s'agit certainement là de l'exercice le plus difficile ⁵) et de définir un mode de financement de ces coûts ;
- de définir un système de régulation qui veillera à l'évolution de l'enveloppe consacrée aux missions de service public mais aussi et surtout à sa répartition entre les établissements.

L'impasse du forfait des 13 %

Il n'y aura pas de bonne tarification à l'activité à l'hôpital sans règlement de la question des missions de service public. Il en va d'une ardente obligation pour la bonne survie du service public hospitalier. Ces éléments font d'ores et déjà l'objet de réflexions : la notion de « missions d'intérêt général » a aujourd'hui évolué vers celle de MIGAC ou « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » avec une enveloppe qui sera définie et dont la

Tarification à l'activité et valorisation des missions de service public de l'hôpital

répartition sera du ressort des Agences régionales de l'hospitalisation. Toutefois, la solution souvent évoquée d'un forfait de 13 % correspond à un degré très basique de régulation. Au contraire, cela pourrait correspondre à un bonus pour ceux qui ne font que du service public à la marge. Il serait dangereux pour les CHU de se satisfaire de l'idée de ce bonus qui induirait des distorsions entre ceux qui doivent s'acquitter de lourdes missions de service public et ceux qui en accomplissent beaucoup moins.

Quelques idées à rapprocher de l'exemple électrique

Ce qui a été rendu possible dans le domaine de l'électricité (mais l'on peut aussi regarder du côté des télécommunications) devrait l'être dans le domaine de l'hôpital. Certes, il est certainement plus facile de délimiter le champ des charges de service public du secteur de l'électricité et d'en évaluer les coûts qu'il ne le sera dans l'hôpital public. En effet, l'électricité répond, plus que l'hôpital, à une organisation industrielle et commerciale.

Quelles solutions concrètes peut-on imaginer ? Une idée pourrait être une enveloppe nationale de service public, incluse dans la loi de financement de la sécurité sociale et redistribuée par les ARH aux établissements en fonction d'un certain nombre de critères (nombre d'internes, de passages aux urgences, de PHRC en cours, ...). La première année, cette enveloppe peut être définie de manière à compenser le déficit du système lié à l'application de la tarification à la pathologie. La définition de critères objectifs de répartition est le chantier le plus complexe. Une fois ces critères définis, il faut être en mesure de les renseigner pour chaque établissement (et d'assurer les contrôles correspondants...) afin de procéder à la répartition. Les ARH pourraient sans doute participer d'une telle régulation et identifier les besoins en service public par zone.

L'application concrète en cours pour les urgences

Les pistes évoquées ci-dessus correspondent à la voie empruntée par la mission nationale sur la T2A à propos des

urgences hospitalières. Il est actuellement envisagé que les services d'urgence reçoivent un forfait correspondant à un certain seuil de nombre de passages, auquel s'ajoutent des ressources calculées à partir d'un tarif fixé à 25 euros pour les passages non suivis d'une hospitalisation. Ces services pourraient par ailleurs bénéficier dans certains cas particuliers de l'enveloppe qui sera définie pour les « MIGAC »⁶.

Conclusion

Le cas de l'électricité montre que le financement des missions de service public est garanti par des mécanismes très automatiques. Il y a bien sûr un encadrement en amont du champ du service public. Ainsi, les bénéficiaires des aides sociales sont définis en fonction d'un plafond de ressources. Les aides aux énergies renouvelables ne peuvent profiter qu'à certains types d'installation, dont la puissance unitaire est plafonnée. Mais une fois le champ des activités de service public ainsi défini, les opérateurs en charge de ces activités sont assurés de bénéficier des compensations financières pour chaque client bénéficiant d'un tarif aidé ou pour chaque installation de production d'énergie renouvelable soutenue⁷.

L'approche esquissée pour la rémunération de l'accueil des urgences procède bien de ce principe. Il est maintenant nécessaire d'y voir plus clair sur le mode de gestion des MIGAC. De la même manière, il faut que ces MIGAC garantissent le financement des missions de service public sur la base d'une mesure objective de cette activité. Cela suppose bien sûr que les missions de service public dévolues à un établissement ait été clairement définies au préalable avec les tutelles. Le financement des missions de service public ne doit en aucun cas être un « terme de bouclage » de l'équilibre financier du système de santé, fixé au gré des aléas de la conjoncture budgétaire. ■

notes

1. La notion de « MIG » ou « mission d'intérêt général » est aujourd'hui communément utilisée dans le cadre de la préparation par la mission nationale sur la T2A.
2. Pour plus d'information sur le processus de libéralisation du marché électrique, voir le site Internet de la DGEMP (www.dgemp.org) ou de la Commission de régulation de l'énergie (www.cre.fr)
3. Loi du 3 janvier 2003 relative aux marchés du gaz et de l'électricité et au service public de l'énergie, modifiant la loi du 10 février 2000 sur le service public de l'électricité.
4. Cela correspond aux réflexions actuelles autour des « missions d'intérêt général » (MIG).
5. Exemple 1 : la mise en œuvre d'un PHRC par les personnels soignants d'un service (dans quelle mesure l'acte soignant relèvera-t-il du soin ou relèvera-t-il de la recherche ?). Exemple 2 : la séniorisation de l'intervention d'un interne par un chef (la première intervention chirurgicale d'un interne pilotée par son patron peut voir la durée multipliée par deux).
6. Voir note précédente
7. Pour être complet, il convient de préciser que cela n'empêche pas que certains opérateurs trouvent insuffisante la compensation financière unitaire qui leur est accordée...

MARTINE AUSTIN
Chef de la mission ministérielle T2A
ROLLAND CASH
Responsable scientifique de la mission T2A

Comprendre ce que sera la tarification à l'activité

La tarification à l'activité est une réforme ambitieuse des modalités d'allocation de ressources aux établissements de santé.

C'est l'instrument de la dynamique et de la modernisation de l'offre de soins. Outil nécessaire, il est toutefois insuffisant à lui seul pour permettre une évolution du dispositif hospitalier.

Cette réforme n'est pas isolée et doit être mise en perspective avec les autres éléments du Plan Hôpital 2007.

Ce plan repose sur une modification de la logique de fonctionnement des établissements hospitaliers combinant l'assouplissement des contraintes externes sur l'hôpital, un plan de soutien à l'investissement, une modernisation en profondeur du fonctionnement et de l'organisation interne des établissements publics. Le financement doit être incitatif à ces évolutions et faire en sorte de responsabiliser les acteurs. En conséquence, la réforme de la tarification ne peut prendre tout son sens et sa mesure que si elle est associée à l'assouplissement de la planification et à l'adaptation des outils de coopération sanitaire.

De longue date, le sujet du coût des soins pour la collectivité dans l'un et l'autre secteur suscite de nombreux débats. La dotation globale fondée sur des bases historiques prend peu en compte notamment les évolutions d'activité, introduisant dans certains établissements des déséquilibres financiers. Son caractère limitatif n'a donc pas permis, ces dernières années, une régulation au sens strict du terme.

Les prestations tarifaires des cliniques, de plus en plus complexes et inéquitables parce qu'insuffisamment harmonisées, n'étaient pas compatibles avec la réforme de la CCAM. La Tarification à l'activité vise l'équité de rémunération des activités de soins entre les secteurs hospitaliers public et privé avec,

en perspective, l'harmonisation des tarifs entre les deux secteurs, à missions et contraintes identiques.

Toute spécificité d'activité de l'un ou l'autre secteur a vocation à recevoir un financement adapté.

La nouvelle tarification se veut un levier qui doit servir la qualité d'un système en le rendant :

- **efficace** : cet objectif suppose toutefois une offre quantitativement suffisante, adéquate au regard des besoins, c'est-à-dire qui n'admette ni inadéquation dans les prises en charge ni actes injustifiés, répartie de manière adaptée sur le territoire, prenant en compte les missions de service public et de prévention,
- **équitable** entre secteurs hospitaliers et entre établissements d'un même secteur,
- **transparent** dans l'affectation des ressources et la construction des outils : l'unité d'œuvre doit être vérifiable et mesurable compte tenu de son incidence sur les comportements,
- **efficace** : l'objectif est l'optimisation des dépenses qui consiste à promouvoir un usage rationnel de l'offre de soins sans pour autant dériver dans le rationnement des soins, ceci au niveau macro et micro économique.

La réforme peut être bénéfique aux établissements les plus dynamiques, qui s'esti-

ment insuffisamment dotés aujourd'hui. Elle a pour corollaire de remettre en cause, à due proportion, les dotations des établissements qui verraient leur activité diminuer. Les simulations ont montré qu'il existe un écart de coût par GHM entre les secteurs public et privé, et entre établissements d'un même secteur, écart qu'il n'est pas envisageable de réduire sans s'être au préalable assuré que les financements couvrent effectivement des activités identiques, et que les missions complémentaires, une fois identifiées, font bien l'objet d'un financement adapté.

C'est pourquoi l'ensemble de la réforme doit distinguer d'une part le schéma cible, d'autre part des schémas de transition par secteur, permettant d'assurer la faisabilité de la mise en œuvre, et de ne pas bouleverser l'équilibre économique des établissements. Il est impératif de doter les structures d'une visibilité leur permettant de préparer leur nécessaire adaptation.

Des mécanismes de transition entre les modalités actuelles de financement et celles correspondant au nouveau dispositif sont ainsi prévus, permettant aux établissements de développer les conditions d'adaptation nécessaires.

Enfin, cette réforme du financement s'inscrit dans le cadre de l'ONDAM et de ce fait, il importe de définir les mécanismes de régulation.

Les schémas de transition

Secteur privé sous OQN : la transition accompagnée par le coefficient correcteur

D'ores et déjà, ce secteur est tarifé « par séjour ». Sans entrer dans le détail, il est clair que la tarification a atteint un degré de complexité tel qu'une réforme à visée de simplification s'impose. Par ailleurs, ce secteur va être aussi bouleversé par la réforme de la classification des actes médicaux.

Le schéma retenu est de nature à correspondre aux exigences d'une transition économiquement réaliste en créant les incitatifs voulus.

La tarification du séjour est basée sur un tarif de GHS national (« gommant » les disparités tarifaires régionales actuelles) auquel est appliqué un coefficient correcteur.

Ce coefficient spécifique de chaque établissement, a pour objet de tenir compte de leur position économique relative. L'objectif, la première année, est de calculer ce coefficient correcteur de manière à garantir, toutes choses égales par ailleurs, un financement équivalent à activité identique (référence activité de l'année 2002). Il est destiné à permettre de gérer une période de convergence des tarifs vers les tarifs nationaux. Il a donc vocation à converger vers la valeur « 1 ».

Pour tenir compte de surcoûts structurels, certains établissements du fait de leur implantation géographique se verront affecter un coefficient pérenne complémentaire. En effet, dès lors que les tarifs se trouvent fondés sur une grille nationale, il s'agit de prendre en compte certaines spécificités qui pèsent sur les coûts de fonctionnement. Seules certaines zones limitées où le surcoût est objectivement certain et important seront retenues.

De plus, une modulation du coefficient sera apportée pour prendre en compte les environnements techniques relevant actuellement du classement hors catégorie.

Secteur public et PSPH sous dotation globale : la transition par le maintien d'une part décroissante dans le temps des ressources allouées forfaitairement

La tarification à l'activité ne porte en 2004 que sur 10 % de l'assiette MCO. Cette part augmentera régulièrement.

Proportionnellement, la part restante des ressources (dotation annuelle complémentaire) est diminuée à due proportion. Le caractère progressif de l'entrée dans la réforme par le maintien d'une partie de l'ancienne base budgétaire MCO a pour objet de permettre à l'établissement de s'adapter. Le schéma de mise en œuvre repose sur trois étapes successives :

- la première opérée en 2004 maintient le cadre budgétaire et comptable actuel. Toutefois, les budgets sont déterminés et ajustés selon les modalités d'application de la tarification à l'activité ;
- la seconde opérée en 2005 voit la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire impliquant une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements ;
- la troisième prévue pour 2006 devrait permettre aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie les prestations d'hospitalisation ainsi que les éléments complémentaires de financement.

La régulation

L'objectif est de mettre en place une régulation unique portant sur l'ensemble des dépenses MCO dans les deux secteurs public et privé.

De la même manière qu'il importe d'harmoniser les modalités de financement, il s'agit en effet de réguler la dépense sur l'ensemble du champ d'activité commun aux deux secteurs.

En conséquence, par rapport au découpage antérieur de l'ONDAM et aux règles d'imputation des dépenses dans les différents objectifs et enveloppes, la mise en

place de la T2A entraîne des changements importants.

Les dépenses correspondant aux dotations globales hospitalières sont éclatées en trois parties :

- un objectif de dépenses MCO commun aux secteurs public et privé,
- une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) commune aux secteurs public et privé,
- une enveloppe de dépenses non-MCO pour les activités de soins en psychiatrie et soins de suite et de réadaptation.

Les dépenses correspondant au champ de l'OQN sont également éclatées en trois parties :

- un objectif de dépenses MCO commun aux secteurs public et privé ;
- une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) commune aux secteurs public et privé ;
- un objectif de dépenses pour les activités non-MCO (soins de suite et psychiatrie).

Un dispositif d'évaluation

Dès la mise en place de la réforme, il importe de se doter d'outils de suivi et d'évaluation permettant de repérer les éventuels effets théoriques inhérents à ce type de tarification. Ces effets sont connus, décrits dans la littérature, et sont pour l'essentiel :

- le risque d'utilisation biaisée du codage des actes et des pathologies pour accroître artificiellement la lourdeur d'un séjour ;
- le risque de sélection des patients ;
- le risque pesant sur les pratiques de prise en charge et potentiellement sur la qualité des soins : diminution des durées de séjour, transferts précoces, rotations plus rapides, réhospitalisations,...

Dans ce but, des indicateurs de qualité seront choisis et recueillis dans les établissements pour s'assurer du maintien de la qualité des soins et disposer de clignotants destinés à percevoir les éventuels effets pervers.

Une structure d'évaluation sera mise en place dans cet objectif. ■

Comment se préparer

BERNARD GARRIGUES,
THIERRY COURBIS,
LAURENCE BERNARD

Les impacts de la Tarification à l'activité (T2A) dans les Établissements sont considérables et nous étudierons successivement le recueil, le suivi et la prévision de l'activité, les modifications des systèmes d'information nécessaires à la comptabilité analytique, et enfin, les problèmes financiers.

Impact sur le recueil, le suivi et la prévision d'activité

Les impacts sur le recueil

Problèmes généraux

La mise en place de la T2A demande un recueil d'information dans les domaines suivants :

- l'activité liée au recueil PMSI proprement dit : résumés de sortie anonymes (RSA),
- l'activité externe y compris au niveau des urgences,
- les passages aux urgences,
- la consommation des médicaments,
- la consommation des dispositifs médicaux invasifs,
- les prestations diverses, par exemple les interruptions volontaires de grossesse.

Pour chacun des éléments sus-cités, il est nécessaire d'utiliser un recueil particulier existant ou à créer. D'une manière générale, il s'agit pour certains d'une modification de recueil existant, pour d'autres d'une nouvelle saisie.

Le deuxième aspect général touchant ce domaine consiste dans le raccourcissement très important des délais de production ; en effet, à compter de 2004, les établissements n'auront plus que trente jours à trimestre calendaire échu pour fournir les données et, ultérieurement, l'activité devra être fournie au fil de l'eau (2006).

Le suivi du taux d'exhaustivité de ces données est indispensable, car il pourra à terme avoir un impact important sur la trésorerie

de l'établissement. Afin de simplifier les envois et les relations avec les tutelles, une télé-transmission par Internet des données, opérationnelle au 1^{er} semestre 2004 a été organisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Problèmes particuliers

Les données tirées des RSA sont identiques pour partie à ce qui est nécessaire au PMSI depuis de nombreuses années. Néanmoins, certaines exploitations de ces RSA nécessitent d'être très vigilant quant à la qualité des données fournies ; il s'agit par exemple de la présence d'actes marqueurs et d'Indices de gravité simplifiés (IGS 2) pour les unités de réanimation, des actes de prélèvements d'organes, de l'exactitude des durées de séjours fournies, tous ces éléments entraînant un financement complémentaire et par Groupes homogènes de séjours (GHS).

Un des plus grands bouleversements pour les établissements de santé publics consiste dans la prise en compte et la facturation, ne venant pas en atténuation de recettes, de l'activité réalisée en externe : consultations, actes réalisés aussi bien par les différents services cliniques que radiologiques, biologiques, et également les urgences...

Ces enregistrements, initialement recueillis à l'aide de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP),

devront être recueillis ultérieurement en Classification commune des actes médicaux (CCAM) dès que la version tarifante de cette dernière sera opérationnelle. Il s'agit d'un vrai bouleversement culturel car l'on peut raisonnablement penser que le recueil actuel de cette activité par les établissements de santé publics est loin d'être exhaustif et/ou conforme aux règles tarifaires.

Il sera également nécessaire de repérer dans le Système d'information les passages aux urgences et en particulier ceux non suivis d'hospitalisation. Ce sont en effet ces derniers qui font l'objet d'un paiement (25 euros par passage en 2004). Ceci nécessite un enregistrement administratif rigoureux des patients 24 heures sur 24 sur l'ensemble des sites de réception d'urgences, à titre d'exemple : adultes et enfants.

La consommation des médicaments inscrits sur la liste des médicaments onéreux, et induisant une variabilité des coûts dans les GHM, ainsi que celle des dispositifs médicaux invasifs, malheureusement limités pour l'année 2004 à ceux de cardiologie, vont nécessiter un recueil de variables : Code de médicaments, UCD, quantité, dernier prix d'achat, montant total des dépenses.

Si dans un premier temps il ne nous sera demandé que des listes cumulatives, à terme, ces médicaments ou matériels devront être repérés par séjour pour être liés à une facture nominative et pouvoir mettre en œuvre le contrat de bon usage. Bien évidemment, tout ceci nécessitera l'informatisation et le codage des médicaments et dispositifs médicaux invasifs pour pouvoir les rattacher au séjour.

er à la réforme de la T2A ?

Problèmes liés à l'évolution de la classification

La nouvelle version de la classification (7.9) a énormément augmenté le nombre de groupes homogènes de malades (GHM) avec CMA (comorbidités associées) (100 GHM supplémentaires). Aussi, outre les aspects issus des RSA évoqués ci-dessus, la qualité du codage acquiert un rôle de plus en plus considérable, il importe donc que la qualité de recueil soit la plus optimale possible (en DAS : diagnostic associé significatif).

Les impacts sur le suivi

L'ensemble des items décrits ci-dessus nécessite un suivi rigoureux, important sur l'exhaustivité des données, mais aussi, bien évidemment, sur leur qualité. Ceci nécessitera un système d'information ergonomique permettant ces recueils, mais surtout permettant un suivi en temps réel des données (cf. infra).

Les impacts sur la prévision d'activité

L'État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) va nécessiter une prévision de l'activité. L'évolution en tendance dans les différents types d'activité de l'établissement constituera une base à cette prévision. Néanmoins, la prise en compte d'un très grand nombre de variables : concurrence locale, démographie médicale de l'établissement, de la région, le vieillissement de la population, l'épidémiologie locale, etc. est indispensable. La construction d'outils, permettant de mesurer l'influence de ces paramètres ou de modéliser l'évolution de l'activité, constituera à n'en pas douter un enjeu important dans les années qui viennent.

Impact sur le système d'information hospitalier et la comptabilité analytique

De la facture...

La mise en œuvre de la T2A devra reposer sur un SIH qui soit fiable, exhaustif, très réactif et centré sur la production médicale.

En effet, l'établissement d'une facture « médicalisée », basée sur la prise en charge du patient, passera par la récupération de données relatives au séjour et à la prise en charge du patient fiables et exhaustives.

Ce processus repose aussi, en plus du SIH, sur une implication forte d'un personnel notamment médical qui soit formé aux outils et nomenclatures et sensibilisé fortement, voire intéressé, aux enjeux.

En effet les composantes de la facture devront refléter au mieux les moyens mobilisés lors de la prise en charge et ainsi tendre à préserver les équilibres financiers, à condition que le tarif reflète les coûts par type de prise en charge dans la structure.

Par ailleurs, afin de maintenir la trésorerie de l'établissement, les facturations des séjours devront être très réactives, au plus près de la sortie des patients. Ceci implique notamment une récupération des informations PMSI constituant la facture et des groupages très fréquents.

A terme le SIH permettra de récupérer l'ensemble des éléments PMSI et autres afin de valoriser cette facture.

...à la mise en place d'une comptabilité analytique par séjours...

Le passage à la T2A induira une nouvelle problématique relative à l'équilibre financier global des établissements, dans leurs positionnements sur des segments d'activité plus ou moins rentables.

A ce titre les établissements devront dans leur SIH faire une grande part aux outils de pilotage stratégique et opérationnel. La clé de voûte de ces outils sera la mise en œuvre d'une comptabilité analytique médicalisée très réactive reposant sur un fichier structure cohérent du point de vue du recueil des coûts et de l'activité. Dans le pilotage stratégique de l'établissement, il s'agira notamment d'éclairer l'orientation de l'établissement dans ses positionnements à travers des études activité-coût-tarif. Par ailleurs ce système de pilotage, dans sa composante opérationnelle, devra s'élargir à la mise sous contrôle du niveau de qualité des prises en charge, ainsi qu'au suivi de nouveaux indicateurs dans le cadre des MIGAC. La comptabilité analytique, outil de gestion interne, permet aux établissements dans un premier temps de porter un diagnostic sur la performance économique de la structure globalement, puis de descendre au niveau CMD, GHM, service et ainsi d'identifier des segments d'activité déficitaires ou excédentaires.



Comment se préparer à la réfor

Par ailleurs, il est possible dans le cadre du modèle de l'ENC de décomposer les coûts par GHM et de mener des comparaisons en coûts éclatés par rapport à des références externes : coûts éclatés ENC, coûts éclatés base de coûts des CHU.

Cette analyse permet d'expliquer les écarts coûts-tarifs.

L'établissement a alors la possibilité de travailler sur l'amélioration de la productivité en agissant de manière ciblée sur les coûts dans le cadre d'actions qu'il priorisera sur certains segments d'activité.

La comptabilité analytique médicalisée est aussi un outil fondamental de prévisions de dépenses et de recettes dans le cadre de l'EPRD. En effet les prévisions de recettes et de dépenses seront réalisées sur la base du même outil : le GHM. Cela permettra de présenter un équilibre recettes et dépenses cohérent et plus crédible puisque basé sur le même outil.

Bien sûr la comptabilité analytique médicalisée permet d'éclairer du point de vue financier des décisions stratégiques de positionnements actuels ou à venir de la structure.

Enfin et surtout la comptabilité analytique médicalisée est un puissant outil de dialogue entre médecins et gestionnaires. Ce point devrait être encore renforcé et être un levier important d'amélioration dans le cadre de démarches de délégation de gestion aux services.

La comptabilité analytique médicalisée est exploitée au sein d'un contrôle de gestion centralisé associé à des compétences relatives à l'information médicale en général et à l'outil PMSI en particulier.

En effet le contrôle de gestion, dont les enjeux jusqu'ici tenaient au suivi de l'activité et au contrôle budgétaire, devra désormais impérativement réorienter ses projets sur le suivi des coûts par séjour, dans tous les cas être capable de distinguer les segments d'activité rentables des déficitaires et devenir le garant des équilibres financiers. Le DIM quant à lui doit renforcer son action à l'égard des services médicaux en étant le garant de la qualité de la production et de l'interprétation de la donnée médicale.

Toutefois ces compétences centralisées devront nécessairement s'appuyer sur des relais opérationnels pour prolonger les diagnostics économiques et les recommandations organisationnelles qu'elles pourront proposer.

... dans le cadre d'un mode de gestion décentralisé incitatif en vue d'une meilleure appropriation des nouvelles règles de gestion

La difficulté de mise en œuvre de la réforme de la T2A est d'autant plus grande dans des structures importantes telles que les CHU. En effet jusqu'ici ces structures étaient majoritairement engagées dans des modes de gestion très centralisés.

Demain, dans le cadre de la T2A, mode de financement basé sur l'activité médicale, elles devront nécessairement associer et intéresser les services médicaux aux nouvelles règles de gestion.

Un levier important d'une telle réforme pas-

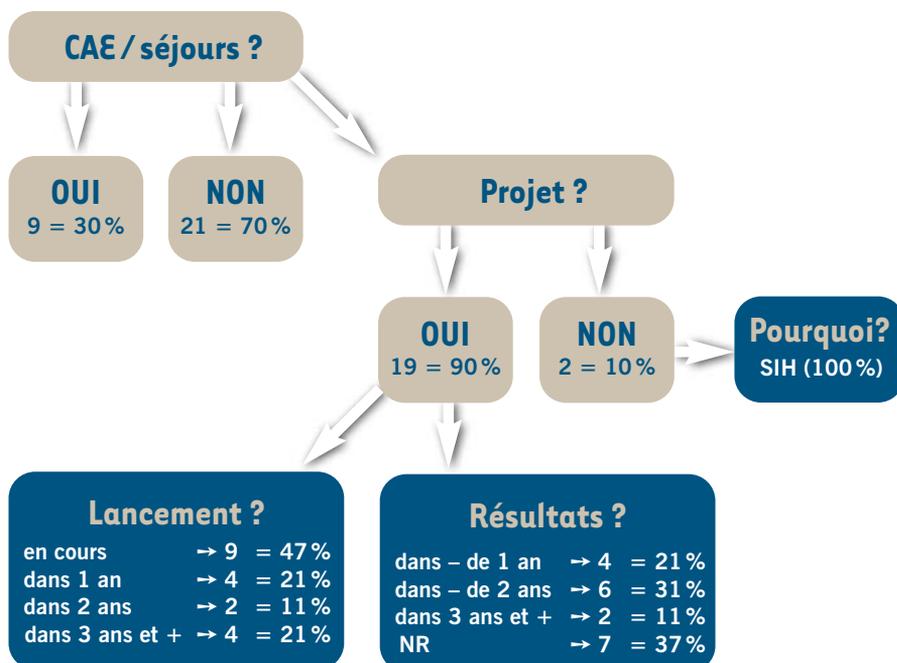
sera donc nécessairement par une délégation de gestion aux services médicaux regroupés en PÔLES afin de représenter des masses financières suffisantes pour mettre en œuvre des mécanismes de gestion.

En rapprochant la décision de gestion du terrain, et en intégrant des incitations par le biais d'intéressements des PÔLES, l'idée est de trouver des marges de manœuvre que la T2A va imposer au niveau opérationnel, que le niveau central ne pourrait dégager que de manière relativement aveugle.

Dans ce cadre les chefs de service ou chefs de Pôles sont les relais opérationnels du niveau central garant des équilibres financiers. Ces acteurs opérationnels sont à la fois amenés à repérer d'éventuels dysfonctionnements dans le processus de formation des coûts, des processus défailants, mais aussi à mettre en œuvre des changements organisationnels en vue d'optimiser les prises en charge.

Ces nouveaux acteurs détenteurs d'un pouvoir décisionnel devront avoir été formés et sensibilisés aux nouveaux enjeux de gestion de la structure.

La comptabilité analytique dans les CHU



me de la T2A ?

Bilan de la comptabilité analytique dans les CHU, la constitution d'une base de coûts par séjours

Il existe dans les CHU une volonté politique de se doter d'un outil de comptabilité analytique de longue date. En effet dès 1994 certains CHU se sont engagés dans l'Étude nationale de coûts, se dotant ainsi d'une comptabilité analytique s'intégrant strictement dans un modèle national.

En 2002, déjà presque un tiers des CHU disposaient d'une comptabilité analytique médicalisée. Presque 90 % des CHU n'ayant pas de CAM faisaient le projet de se doter d'un tel outil et plus de la moitié avant fin 2004. Bien sûr le SIH est un des éléments clés dans la conduite de ce projet.

En 2003, 10 CHU font partie de l'Étude nationale de coûts, qu'ils apportent la totalité de leur case-mix ou les données de quelques services. Dans le cadre de la tarification à l'activité et dans le prolongement de la base PMSI inter CHU, il a été décidé, sous l'égide de la Conférence nationale des directeurs généraux de CHU, par l'ensemble des CHU faisant partie de l'ENC et disposant à ce titre d'une comptabilité analytique par séjour de constituer une base de coûts par séjours des CHU.

Cette base vise à objectiver la spécificité des prises en charge dans le cadre des CHU, et permettra de positionner les tarifs par GHS aux coûts moyens des CHU.

En conclusion, la tarification à l'activité reposant sur un financement « médicalisé » au séjour, il est impératif que les hôpitaux se dotent d'un SIH fiable et performant et centré sur la production médicale qui lui permette de mettre en œuvre un système de pilotage reposant sur une comptabilité analytique médicalisée.

Ce préalable technique doit être associé à un mode de gestion davantage décentralisé aux services médicaux, notamment dans le cadre de la réforme de la gouvernance envisagée dans le plan hôpital 2007.

Seule une gestion décentralisée permettra à l'établissement de retravailler de manière plus juste sur l'organisation des prises en charge en vue d'une optimisation de l'utilisation de ses moyens.

Impact d'ordres budgétaire et financier

Quels sont alors les changements impliqués par la nouvelle tarification à l'activité au sein de nos établissements hospitaliers. A quoi doit-on désormais être attentif et que peut-on envisager pour mieux se préparer à cette nouvelle réforme ?

Au plan financier

Outre les nouvelles évolutions apportées par le nouveau régime budgétaire et financier des hôpitaux, la conséquence la plus immédiate de la tarification à l'activité est sans doute d'inverser la relation dépenses/recettes du cycle de gestion des hôpitaux. C'est désormais aux recettes de l'établissement, résultat pour l'heure partiel mais direct de l'activité qu'il faudra s'intéresser prioritairement. Par construction le nouveau système de financement appelle une vision plus prospective des ressources ce qui confère un intérêt majeur aux prévisions d'activités dans l'élaboration de nos budgets prévisionnels. Ces prévisions demeurent aujourd'hui peu travaillées et sans incidence directe sur les procédures d'allocation budgétaire. Ceci pose la question de la traduction des GHM en termes d'objectifs ou de prévision d'activité ; il n'y a pas pour l'heure beaucoup d'établissements aguerris à prévoir et suivre leur activité au travers de leur case-mix !

En interne nous devons donc apprendre à organiser nos recueils et traitement de données dans une logique de suivi de produits davantage que de consommations, et à faire en sorte que nos centres deviennent d'abord des centres de profit au lieu de centre de coût. Il s'agira par là d'enrichir nos systèmes de reporting et de contrôle interne autour de la production de richesses, de ressources, à l'intérieur de l'hôpital. L'objectif est désormais que nos dépenses suivent nos recettes et non l'inverse et par là même que le résultat d'un exercice soit demain considéré comme un objectif et

non une fatalité. On le voit bien, la valorisation de l'activité et la chaîne de facturation deviendront rapidement les pierres angulaires du système. De ce point de vue, la maîtrise essentielle des besoins en fonds de roulement dépendra en large partie de la capacité des établissements à facturer correctement, rapidement et de façon exhaustive l'activité réalisée et à la recouvrer. Il est probable que ces nouvelles modalités de mise en œuvre de la T2A (y compris avant 2006) conduisent à des besoins de trésorerie nouveaux pour les établissements (dès 2004 : BP « minoré » par précaution, ajustement très progressif par DM successives). Dans ces perspectives, une analyse de la situation de trésorerie de ces établissements s'impose et à défaut ou en complément de solutions permettant de réduire les difficultés de paiement, l'étude d'un recours (ou d'une augmentation de seuil) à une ligne de crédit de trésorerie doit être envisagée.

Cette responsabilité différente sur les ressources de l'établissement intègre une donnée fortement modifiée en terme de sociogramme des établissements : les médecins deviennent des producteurs directs de recettes. Certes, ils l'étaient déjà mais de façon indirecte par le truchement de la valorisation de l'activité en points ISA. La liaison entre l'activité et l'allocation des ressources du service ou du département était alors souvent plus lointaine, voire inexistante. De plus, bien souvent les corrections réalisées sur nos budgets par le biais des « impôts » PMSI étaient limitées dans la plupart des régions et pas toujours répercutées visiblement sur les budgets des centres producteurs de soins. Demain toute activité non réalisée ou non valorisée se traduira par une perte de recette nette pour l'établissement. L'on voit dans ce cadre l'importance d'un passage bien préparé à la CCAM qui permet d'éviter une perte de saisie des actes réalisés par les praticiens.



Comment se préparer à la réfor

Certes le mécanisme progressif d'entrée dans la réforme nous laisse un peu de temps pour nous adapter à ces nouveaux enjeux mais les travaux qui nous attendent pour aboutir à une valorisation exhaustive de nos activités et donc de notre savoir-faire sont d'importance majeure.

Certains pans de la réforme restent d'ailleurs à éclairer, c'est le cas en particulier du régime des actuelles recettes de groupe 2 dans le cadre du nouveau régime budgétaire de l'EPRD. L'abandon de la dotation globale conduit logiquement à la disparition du mécanisme de compensation des plus ou moins-values des recettes de groupe 2, ce qui fait craindre une possible opposabilité du résultat aux établissements alors que ces derniers ne disposent pas d'une maîtrise réelle de ces recettes, leur réalisation dépendant en large partie du taux de prise en charge des patients, totalement indépendant des hôpitaux.

La question du traitement des reports de charge est également souvent posée par les établissements. Sur ce point, le message relayé par la Mission T2A a toujours été clair : la T2A, comme nouveau système de financement, n'a pas vocation à apurer la situation des reports de charges historiques par un « effacement de la dette » car ce serait considérer que ces derniers résultent exclusivement d'une insuffisance de financement au regard de l'activité réalisée. Si cette situation était avérée, la T2A, par la prise en compte progressive de cette activité, devrait avoir un effet correcteur. En revanche, si ce résultat provient d'une mauvaise performance de l'établissement, il n'est pas dans les principes de la réforme (sauf cas particulier) de corriger a priori cette situation mais d'inciter les acteurs à retrouver cette performance dans un calendrier aménagé pour que ces établissements ne se trouvent pas en situation de perdre brutalement une partie importante de leurs moyens.

Ce mécanisme d'entrée graduel dans la réforme permet de faire jouer progressivement les mécanismes incitatifs. Mais

il ne faut pas s'y tromper : ce sont dans nos budgets une part plus importante que les 10 % affichés de nos dépenses MCO qui est concernée par les différents mécanismes faisant jouer l'activité. Dès 2004, c'est sans doute entre 15 et 20 % de nos dépenses qui entrent dans le champ « activité » de la T2A pris au sens large (tout type de rémunération dépendant directement ou indirectement de l'activité réalisée : forfaits urgence, prélèvements d'organes, médicaments coûteux et DMI...). Le principe d'un financement immédiat à 100 % ou du moins accéléré pour d'autres champs que les médicaments et les DMI (sur 3 ans au lieu de 8 par exemple), notamment sur les activités de réanimation voire d'urgence aurait pu présenter un intérêt pour résoudre des difficultés partagées d'ailleurs entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.

Au plan budgétaire

La mécanique de construction du budget 2004 appelle par ailleurs plusieurs remarques qui doivent attirer l'attention des gestionnaires hospitaliers.

Premier point : les crédits non reconductibles. Ces crédits représentent environ 150 milliard au plan national pour les CHU soit environ 1 % des budgets. Leur gestion et leur utilisation varient sensiblement selon les régions. Certains crédits sont en effet traités comme reconductibles par certaines ARH et non reconductibles par d'autres. Il sera donc nécessaire de veiller à un traitement homogène de ce type de dispositif dont la fréquence a progressé dans la gestion des enveloppes budgétaires des hôpitaux.

Deuxième point : la part du budget MCO reconductible qui détermine le calcul de la dotation annuelle complémentaire est un pourcentage déterminé à partir des ressources consommées. Elle va pourtant s'appliquer à des ouvertures budgétaires et constitue une base importante puisque c'est

le socle des 90 %, mais également d'autres agrégats tels que l'enveloppe définissant les ressources affectées à l'enseignement, la recherche, l'innovation et le recours. Si elle est minorée dès le départ (bien qu'une correction soit en principe prévue en 2005), cette réduction ne pourra être rattrapée par la part financée à l'activité.

Troisième point : les médicaments et DMI.

Le débasage pourrait pénaliser les établissements qui ont déjà réalisé un effort important en dégagant sur leurs crédits ou leurs recettes de groupe 3 les moyens nécessaires pour financer le progrès médical. En effet, ce mécanisme ne permet de financer « en plus » que le différentiel de consommation entre l'année N et l'année N + 1. Les établissements ayant déjà largement couvert ces progrès auront donc une part de financement « en sus » réduite par rapport à des établissements qui déploieraient ces innovations seulement dès lors qu'elle sont financées. Les débasages seront en effet plus importants pour la première catégorie d'établissements que pour la seconde. Imaginons un établissement n'ayant consacré aucun moyen à l'innovation l'année N et dépensant 100 euros sur l'année en 2004. Son débasage serait alors nul et il bénéficierait en principe d'un financement de 100 euros en N + 1. A l'inverse un établissement ayant déjà dépensé 100 en N et dont les consommations en N + 1 ne croîtraient que de 10 % se verrait débaser de 100 euros et bénéficierait d'un financement de 10 euros en N + 1. Au total le gain est de 100 dans le premier et seulement de 10 dans le second, même si l'on peut penser que cet établissement retrouvera du fait de son dynamisme sur l'innovation une partie de ces ressources dans les MIGAC.

Quatrième point : cette dernière partie mérite par ailleurs une attention toute particulière. Dans le système « dotation globale », il s'agissait d'une enveloppe virtuelle [seul un abattement théorique maximum de 13 % était jusqu'à présent

me de la T2A ?

pratiqué pour le calcul des budgets MCO de certaines catégories d'établissements (CHU et CLCC) pour le calcul du point ISA]. Cette enveloppe va devenir une réalité et sera répartie entre les établissements selon des critères qui restent, à ce jour, difficiles à mettre en évidence. La différenciation et donc la mesure des coûts des différentes fonctions incluses dans les MIGAC (enseignement, recherche, innovation et recours notamment) est un exercice aussi difficile que périlleux, la plupart des établissements étant dans l'incapacité d'isoler ces différentes composantes. Il est cependant évident qu'un effort particulier devra être fourni par les établissements pour isoler ces charges spécifiques et les suivre dans le temps. La préservation des spécificités de certains établissements sera en large partie dépendante de notre capacité collective à repérer les différentes activités ne pouvant faire l'objet d'un financement à l'activité, et qui devront de ce fait être financées au sein des MIGAC.

Le défi permanent confié aux hôpitaux dans le cadre de cette nouvelle réforme sera de pouvoir comparer en permanence leurs coûts avec les tarifs qui constitueront le socle de leur rémunération. Cette comparaison est relativement aisée pour les établissements qui disposent d'une comptabilité analytique par séjour. Force est de constater qu'en dehors des établissements participant à l'étude nationale des coûts, peu d'établissements disposent de ces éléments. Que peut-on alors faire dans l'attente de la production d'une comptabilité analytique médicalisée? Aux hôpitaux de Lyon, le choix a été fait d'aborder le repérage des « zones de risques » par les durées moyennes de séjours. Ce choix résulte d'un triple constat :

- la rémunération proposée par la tarification à l'activité repose sur le financement d'un séjour, non d'une journée ou d'un acte. En cela, le financement pro-

posé appelle une réflexion, un regard nouveau sur l'organisation du séjour des patients qui s'adressent à nous. De ce point de vue la durée de séjour constitue une bonne clef d'entrée vers les organisations ;

- par ailleurs, il s'agit d'un indicateur opérationnel, simple et robuste qui constitue un bon traceur de la performance ;
- enfin, le modèle de l'ENC sur lequel s'appuient les tarifs répartit la plupart des charges à la journée.

On peut donc considérer que globalement, si la DMS de l'établissement est supérieure pour un GHM donné à la DMS de référence, l'établissement est en situation potentielle de perdre de l'argent. Inversement si la DMS de l'établissement est inférieure à la DMS de référence, l'établissement est en situation de gain potentiel. La perte ou le gain potentiel peut provenir d'une perte importante en nombre de journées sur peu de séjours ou d'un écart plus faible en nombre de journées, mais portant sur un nombre élevé de séjours.

Considérons l'exemple suivant

- >> La DMS du GHM 531 « césarienne sans CMA » du pôle X est de 9,1 jours. Le nombre de séjours produits est de 423. Le nombre de journée réalisées est donc de 3862.
- >> La DMS de l'ENC est de 8,87 jours, celle des CHU de 7,83

Conclusion : si le pôle X réalisait ces séjours conformément à la moyenne des établissements de l'ENC ou celle des CHU, il aurait réalisé :

- >> 3 329 journées sur la base du référentiel de l'ENC ($8,87 \times 423$) et 3 735 journées sur la base du référentiel CHU, il perdrait donc 533 journées par rapport à l'ENC et 127 journées par rapport aux CHU.

- >> Cette différence peut être aisément valorisée en point ISA soit – 98 539 points ISA par rapport à l'ENC et – 23 463 points ISA par rapport à la moyenne des CHU, que l'on peut valoriser en euro sur la base de la valeur du point ISA national par exemple.

Cette première étape d'analyse est bien sûr totalement insuffisante : à partir de ces premiers résultats débute un travail d'analyse pas à pas. La méthode utilisée a été la suivante :

- >> Zoom sur les GHM « à risques », ceux faisant apparaître les pertes les plus conséquentes.
- >> Travaux sur les outils pour éliminer les GHM où les écarts sont expliqués par quelques séjours hors norme, pour cela un indicateur a été créé. On calcule le % de séjours à enlever en partant des séjours les plus longs pour « revenir » à la moyenne. Plus ce pourcentage est réduit, plus il témoigne de la concentration de la perte sur quelques séjours. Dans ce cas, il est inutile d'étudier ces GHM car leur atypie résulte de la prise en charge de patients complexes ou particuliers qui probablement auraient difficilement été pris en charge ailleurs.
- >> Travaux sur les GHM « jumeaux » (exemple avec et sans CMA) qui pourraient témoigner d'erreurs possibles de codage
- >> Le solde constitue le groupe des GHM restant en zone de risque élevée et qui doivent faire l'objet d'un travail prioritaire.
- >> Les explications possibles doivent alors être recherchées sur le terrain et peuvent résulter :
 - de problèmes d'organisation interne : exemple délai d'accès au plateau technique, absence de programmation détaillée des séjours... ;
 - de pratiques ou d'écoles différentes ;



Comment se préparer à la réforme de la T2A ?

- d'une part d'activité « recours » supérieure à la moyenne des établissements et notamment de celle des CHU ;
- des anomalies de codage ou d'un recueil non exhaustif de l'activité et des actes ;
- de problèmes objectivables de dégagement sur les filières d'aval...

>> De nombreux outils peuvent alors être déployés en interne pour étudier les causes de ces phénomènes. Il faut bien entendu s'intéresser en priorité aux difficultés pour lesquelles la marge de manœuvre « correctrice » est la plus élevée. Par ailleurs il

est aussi utile de s'intéresser aux GHM « gagnants » et, une fois mises en évidence des pratiques ou des organisations performantes de communiquer sur ces dernières pour diffuser et utiliser la compétence et les référentiels ainsi créés en interne.

Conclusion : que retenir en synthèse ?

La mise en œuvre de la tarification à l'activité s'accompagne d'un nécessaire investissement sur la production des données médicales. Le rôle prépondérant de la qualité et de l'exhaustivité de cette information est bien évidemment essentiel à une correcte valorisation des ressources.

La comptabilité analytique médicalisée doit devenir la colonne vertébrale de toute direction financière et constitue un investissement indispensable dans une logique de tarification au GHS. La connaissance des coûts et donc des marges est indispensable aux choix économiques et stratégiques des établissements, plus exactement cet input économique doit prendre

une place nouvelle dans nos systèmes décisionnels.

Cet enjeu majeur suppose donc une « intégration » accélérée des différents métiers et en particulier la mise en synergie rapide de métiers jusqu'alors parallèles tels que les fonctions de DIM et les bureaux des entrées.

Ceci étant, l'intérêt majeur de cette réforme n'est certainement pas dans les outils mais dans sa capacité à nous faire nous interroger ou nous ré-interroger sur nos modes de fonctionnement et d'organisation. En nous faisant passer d'une logique de territoire (celle des fonctions administratives ou celle du service ou du département) à

une logique de trajectoire (celle du circuit du patient), elle doit nous inciter et nous conduire à une performance accrue dont le seul objectif est l'amélioration de la prise en charge de nos patients. De ce point de vue, cette réforme, dont le corpus peut paraître complexe et indigeste pour celui qui le découvre, doit sans doute et avant tout être considérée comme une occasion de « faire bouger » en interne. Le changement porte en lui des caractéristiques vertueuses en partie indépendantes des qualités techniques d'une réforme à condition que cette dernière donne du sens aux comportements des acteurs, qualité dont on peut assortir la T2A. ■

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE P. Dujols

Ouvrage général

Jean-Claude Humeau,
Françoise Arnal
*La Procréatique.
Les biotechnologies
et la reproduction humaine :
histoire et éthique,*
Sauramps Médical, 2003.

A un moment où un amendement génère certains émois car reposant le problème de l'identité fœtale, les auteurs, respectivement professeur et maître de conférences de biologie de la reproduction et faisant partie des pionniers de la procréation médicalement assistée, proposent un ouvrage simple et didactique qui permettra à chacun de comprendre certains tenants des débats.

Louis-Rachid Salmi
*Lecture critique et rédaction médicale scientifique :
comment lire, rédiger et publier une étude clinique
ou épidémiologique,* Elsevier, 1998

La publication médicale scientifique est un outil de la pratique médicale, support essentiel du partage des connaissances, de la formation initiale parfois, continue toujours. Mais comment forger et conserver son esprit critique devant une masse croissante d'articles qui, parfois, apparemment remarquables, sont en réalité empreints d'erreurs et de biais méthodologiques ? L'auteur, professeur de santé publique, répond à toutes ces questions. Cet ouvrage est aussi à proposer en lecture aux étudiants, le futur concours de l'internat contenant une épreuve de synthèse - réponse à questions.

APPEL À COMMUNICATION ET RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

La Lettre *Info en Santé*, système d'information, stratégie, qualité s'adresse en priorité aux DIM, directeurs, DSIO, DAF, présidents de CME des établissements de santé, ainsi qu'aux services des ARH, DRASS, DDASS, Assurance Maladie et plus généralement à toutes les personnes intéressées. Cette lettre publie des analyses, études, points de vue ayant trait aux systèmes d'information des établissements de santé, aux indicateurs quantitatifs et qualitatifs d'activité, de stratégie, d'organisation sanitaire, etc.

Manuscrits

Les manuscrits doivent être envoyés à la rédaction en deux exemplaires, texte, tableaux et figures compris. Ils seront dactylographiés en double interligne, recto seul, sur du papier 21 x 29,7 cm, leurs pages numérotées.

Figures, tableaux et dessins seront disposés en fin de document, avec changement de page pour chacun. Chaque figure, tableau ou dessin doit être titré et sa source (mention de l'origine du document et de l'année de référence) indiquée en pied de document. Exemple : CHU de Nantes, 1999.

Support informatique

Tout manuscrit doit être doublé d'un support informatique. Il peut être envoyé soit par e-mail en fichier joint « .doc » (compatibilité PC) à l'attention de Yann Bubien : y.bubien@fhf.fr accompagné d'un message de présentation mentionnant notamment les coordonnées de l'auteur (adresse postale, tél. et fax), soit adressé par disquette accompagnant le manuscrit à la rédaction. Les manuscrits devront être saisis de préférence par un logiciel de traitement de texte Word pour PC.

Le fichier joint sera nommé sous le nom de l'auteur du document.

La disquette mentionnera le nom du(des) fichier(s) qui comprend(nent) l'article (les tableaux), le logiciel utilisé et le système d'exploitation.

Enregistrez votre texte sur un fichier et vos tableaux (n'utilisez pas de trame) sur un ou plusieurs autres fichiers.

Présentation des textes

La Lettre *Info en Santé* comporte plusieurs rubriques ouvertes aux auteurs extérieurs :

- Articles originaux

- Points de vue

- Correspondances

Sauf accord de la rédaction, les manuscrits ne doivent pas excéder, bibliographie et iconographie comprises :

- 20 pages dactylographiées pour les articles originaux ;

- 5 pages dactylographiées pour les points de vue ;

- 1 page dactylographiée pour les correspondances.

Ils comportent :

> **Une page titre** donnant le titre de l'article, aussi court et précis que possible, les prénom, nom du ou des auteurs, les fonctions et lieux d'exercice professionnel, l'adresse et les coordonnées du responsable de la correspondance.

> **Une introduction courte**, permettant au lecteur, même non-spécialiste, de connaître l'orientation et l'étendue de l'article.

> **L'exposé** : si un paragraphe est particulièrement long, prévoir des intertitres pour faciliter la lecture (trois niveaux d'intertitres maximum).

> **Une bibliographie** se limitant aux titres essentiels (vingt au maximum, sauf accord du comité de rédaction). Les références sont appelées dans le texte et classées suivant l'ordre d'apparition.

Les références doivent indiquer :

- **Pour les périodiques** : nom du ou des auteurs (en caractères courants) suivi de l'initiale du ou des prénoms (conformément à la convention de Vancouver on indiquera le nom de tous les auteurs si leur nombre est égal au plus à six ; au-delà, on citera les trois premiers suivis de la mention & al.), titre de l'article, nom du périodique, selon l'abréviation en usage internationalement, année, tome, première et dernière page.

- **Pour les livres écrits par un ou plusieurs auteurs** : nom du ou des auteurs suivi de l'initiale du ou des prénoms, titre du livre, nom et adresse de l'éditeur, année et, au besoin, la page à l'intérieur du livre.

Acceptation

Sollicités ou non, les articles sont soumis pour acceptation au comité de rédaction. Celui-ci recueille au préalable l'avis motivé et anonyme de lecteurs choisis pour leur compétence en la matière. Dans un délai de six à huit semaines, les auteurs sont informés de l'acceptation, du rejet ou d'une demande de modification.

Correspondance

Pour toute correspondance

et envoi de textes, s'adresser à :

Dr Bernard Garrigues et Yann Bubien

Fédération hospitalière de France

33, avenue d'Italie

75013 PARIS

Bulletin d'inscription Lettre **INFO** en **SANTÉ** sur le fichier nominatif de routage

Société / Établissement

Destinataire

Adresse d'expédition

.....

.....

.....

Tél. : E-mail :

Souhaite recevoir, à titre nominatif, la Lettre *Info en Santé*

Bulletin à retourner à :
Fabien Viry

LETTRE INFO EN SANTÉ - FHF

33, avenue d'Italie

75013 Paris

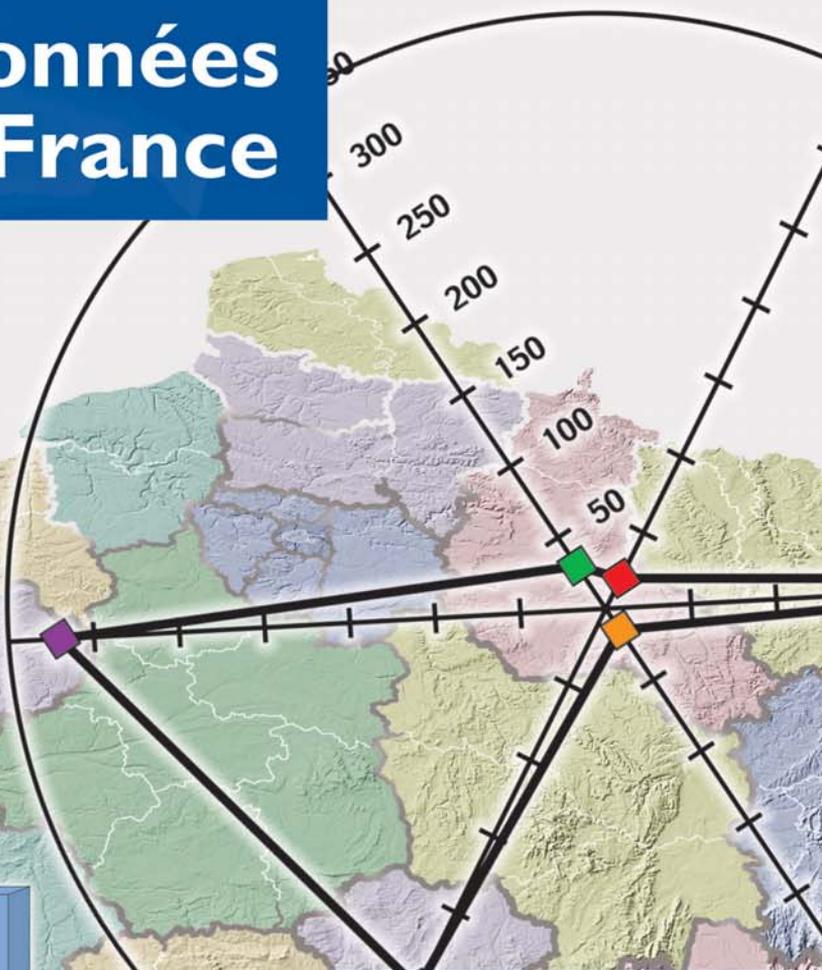
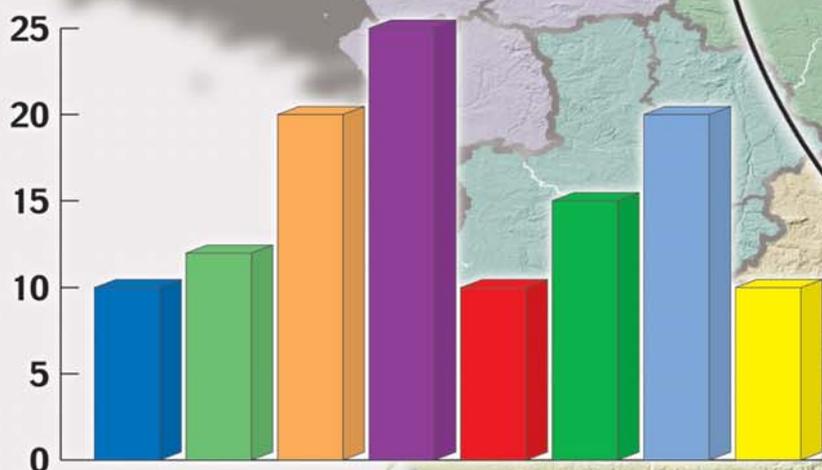
Tél. : 01 44 06 84 67

Fax : 01 44 06 84 45

E-mail : f.viry@fhf.fr



Banque de données hospitalière de France



L'outil d'aide
à la décision
stratégique
conçu pour
les décideurs
hospitaliers,
directeurs
et médecins.

Banque de données hospitalière de France

33, avenue d'Italie - 75013 Paris

tél. : 01 44 06 84 44 - fax : 01 44 06 84 45

fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

secrétariat BDHF : 01 44 06 85 07 - E-mail : secretariat.bdhf@fhf.fr

