



Inspection générale
des affaires sociales
RM2012-011P

Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé

RAPPORT

Établi par

Anne BRUANT-BISSON, Paul CASTEL, Maurice-Pierre PANEL
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mars 2012 -

Synthèse

- [1] Ce rapport consacré à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé a été inscrit au programme d'activité de l'Inspection générale des affaires sociales.
- [2] Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés à but lucratif, avec un double objectif :
- rétablir un lien entre le financement et l'activité des établissements de santé ;
 - instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables ;

Rappel des principes de la tarification à l'activité :

* les tarifs par séjours

Chaque acte réalisé sur un patient donne lieu à un résumé d'unité médicale (RUM), l'ensemble des données issues des RUM étant agrégées au sein du résumé de sortie standardisé (RSS), émis pour chaque séjour d'un patient.

Ce RSS est ensuite traité selon un algorithme qui prend en compte le diagnostic principal, l'existence d'actes opératoires, et d'autres informations en tant que de besoin (âge, diagnostics associés, etc.)

Le séjour ainsi traité est affecté à un groupe homogène de malade (GHM).

Pour la tarification, le GHM est traité pour tenir compte de la particularité de certains séjours, et donne lieu à définition d'un groupe homogène de séjour (GHS).

Chaque GHS fait l'objet d'une tarification forfaitaire fixée annuellement par le ministère chargé de la santé, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, tarification fondée sur l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC).

La version 11 de la tarification (V11) a introduit au sein du même type de séjour un critère de sévérité (4 niveaux). On compte désormais près de 2300 GHS.

* les tarifs par prestations

Ce sont les prestations des activités non couvertes par les GHS : consultations et actes externes, urgences, prélèvements d'organes, hospitalisation à domicile.

* **les tarifs dits de responsabilité des consommables** : médicaments (molécules onéreuses) et dispositifs médicaux.

A la tarification à l'activité s'ajoutent deux autres sources de financement : les forfaits (Urgences et Prélèvements d'organes), et les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC)

- [3] Pour aborder ce sujet peu traité par la littérature scientifique ou administrative, la mission a choisi délibérément une approche fondée sur le vécu, une démarche « de bas en haut » (« bottom up ») ; elle a rencontré les représentants nationaux du secteur hospitalier et s'est déplacée dans seize établissements des secteurs publics, privé à intérêt collectif et privé, ainsi que dans plusieurs agences régionales de santé (ARS).

- [4] Il ressort en priorité de ses travaux que nos interlocuteurs ne remettent pas en cause le principe de la T2A en tant que système d'allocation des ressources. Les modalités de son application, la complexité du système, la confusion des objectifs qui lui sont assignés, le manque de lisibilité qui en découle tout comme son instabilité font en revanche l'objet de critiques car ils handicapent la construction d'un management quotidien comme prospectif.
- [5] Dans les établissements de santé, la T2A est perçue comme un levier de la performance. Dans les hôpitaux publics en particulier, elle a favorisé un intérêt nouveau pour le suivi de l'activité et la maîtrise des coûts.
- [6] Le codage et la facturation des actes ont acquis une dimension stratégique et les établissements se sont dans l'ensemble organisés pour tenir compte de cette situation. Le rôle et le positionnement du département d'information médicale (DIM) ont été renforcés, il est désormais impliqué dans la saisie, la valorisation et le contrôle du codage, mais aussi dans les analyses médico-économiques préalables à des réorganisations ou à l'élaboration de nouveaux projets. Il intervient de plus en plus sur l'ensemble de l'activité des établissements, non seulement pour ce qui est des séjours hospitaliers, mais aussi dans le champ des consultations et actes externes.
- [7] La T2A a servi de catalyseur pour accélérer la mise en place d'outils de gestion jusqu'alors très inégalement développés, notamment dans le secteur public. Cette évolution s'accompagne de l'émergence de nouvelles compétences autour du contrôle de gestion. Pour favoriser l'homogénéisation et l'utilisation de ces nouveaux instruments, les autorités de tutelle interviennent selon plusieurs modalités : mise à disposition d'outils méthodologiques, recours à la contractualisation, intervention de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et établissements médico-sociaux (ANAP). Outre le suivi de l'activité et des recettes et dépenses, la mission estime indispensable que ces indicateurs puissent permettre d'approcher de manière plus fine la réalité des coûts de production.
- [8] La T2A s'est aussi avérée un levier efficace pour fédérer la communauté hospitalière. Son instauration comme le déploiement des outils de gestion ont favorisé un dialogue nouveau entre directions et équipes médicales et soignantes. Si leur impact est modeste dans les établissements privés, il est très net dans les établissements publics et les établissements privés non lucratif (établissements privés d'intérêt collectif ou ESPIC). La communauté médicale fait de la T2A un élément clé du renouveau du dialogue interne et les constats de la mission confirment cette évolution.
- [9] La T2A a ainsi contribué à une accélération de la contractualisation avec les pôles et introduit plus de lisibilité dans le processus de décision au sein des établissements, en favorisant une implication plus grande du corps médical dans le management. Toutefois, un décalage demeure entre ceux qui maîtrisent les mécanismes de la T2A, membres du directoire, chefs et cadres de pôles, médecins DIM d'une part, et les autres praticiens hospitaliers ou personnels soignants d'autre part. La mission recommande de conforter ce dialogue rénové d'une part en développant des formations adaptées aux différents personnels, d'autre part en confortant le positionnement de l'encadrement intermédiaire. Elle préconise aussi une démarche plus volontariste en matière de contractualisation, notamment par le biais du développement de l'intéressement, y compris négatif.
- [10] L'évolution de la relation entre direction et communauté médicale reste à consolider face à la crainte toujours présente d'une approche trop financière des questions d'organisation de l'établissement. La T2A pose en effet de manière nouvelle la question du management de l'activité médicale. Les équipes médicales et soignantes, confrontées à la question du management des activités « non rentables », ont parfois le sentiment que les « bonnes pratiques » ne sont pas valorisées. Une trop grande pression financière ferait peser un risque sur la qualité de la prise en charge des patients : une telle situation n'a toutefois pas été décrite à la mission et la littérature internationale sur le sujet ne le documente qu'exceptionnellement, dans des contextes bien spécifiques, et sans relever par ailleurs de baisse de la qualité des soins.
- [11] Si la T2A fait évoluer le management interne des établissements, son impact est limité sur la définition de la stratégie d'offre de soins, tant à l'échelle des établissements de santé qu'au niveau régional.

- [12] Tout d'abord, la communauté hospitalière perçoit la T2A comme une règle du jeu « ni claire, ni bien comprise » et ce manque de lisibilité nuit à la définition d'une stratégie à moyen terme des établissements.
- [13] Ce manque de lisibilité est imputé au contexte de la réforme. La révélation de la dégradation de la situation financière des établissements publics après le passage à 100% de la T2A, le manque de lisibilité de la procédure d'élaboration des tarifs et de la relation entre tarifs et coûts de production des établissements, le renforcement de la politique de régulation des dépenses ont donné à la T2A l'image d'une réforme essentiellement budgétaire et comptable.
- [14] L'instabilité du modèle tarifaire, qui revêt deux formes, l'évolution du périmètre des groupes homogènes de séjour (GHM) et celle de la valeur des tarifs, est ressentie comme un handicap supplémentaire pour définir une stratégie claire.
- [15] La T2A impose également un renouvellement de la réflexion stratégique sur la politique d'investissement. Ceci est très net pour les établissements qui souhaitent en priorité investir pour se restructurer et être plus efficient (concevoir des opérations « rentables » au regard de la T2A). La mission recommande une clarification par les autorités de tutelle des logiques d'investissement à l'œuvre dans un système de tarification à l'activité (dépenses d'investissements prévues dans la masse tarifaire et place réservée aux plans d'investissements tels que Hôpital 2007 et Hôpital 2012 mais aussi aux aides à la contractualisation).
- [16] Ce manque de lisibilité, réel ou ressenti, du modèle T2A est considéré comme un frein au management et à la définition d'une stratégie de développement à moyen terme. Dans les établissements publics, il soulève des difficultés pour élaborer les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) et les plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) ; dans tous les établissements, il rend difficile la fixation des axes stratégiques de développement et le discours sur la pédagogie de la réorganisation auprès de toutes les catégories de personnel.
- [17] Par ailleurs, la meilleure connaissance des coûts financiers et du suivi de l'activité médicale obtenus avec l'instauration de la T2A n'a pas conduit à ce jour, à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements.
- [18] L'instauration de la T2A coïncide avec une augmentation du volume d'activité, dont l'optimisation du codage est une des causes puisque les établissements rendent mieux compte de leurs activités.
- [19] La T2A favorise également des évolutions ciblées des pratiques et des organisations médicales. Sur ce point, le suivi de la durée moyenne de séjour (DMS) est l'impact le plus fréquemment cité et des réductions sont constatées dans le public et le privé. La T2A incite aussi les établissements publics à développer certaines pratiques, dont la chirurgie ambulatoire est un des exemples les plus nets. Elle induit des effets sur les logiques de coopération entre établissements et des initiatives intéressantes ont été constatées par la mission.
- [20] Les cliniques privées affichent quant à elles une stratégie nouvelle : le passage de petites cliniques très spécialisées à des établissements à l'offre plus diversifiée et au case-mix qui se rapproche de celui d'un centre hospitalier. Il est encore trop tôt pour mesurer les effets de cette nouvelle stratégie ; pour l'instant les données chiffrées font toujours apparaître une plus grande spécialisation des établissements privés par rapport au secteur public.
- [21] Mais au total, l'impact de la T2A reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale. Si l'effort de refonte des organisations s'est accéléré, il est davantage porté, dans le secteur public, par les gestionnaires et le directoire que par les responsables de pôle ou les chefs de services.

- [22] Plus globalement, le nouveau mode de tarification n'a que des effets limités sur la régulation régionale. Les ARS ont conservé un suivi des établissements de santé qui repose essentiellement sur l'analyse des données financières et comptables. Elles parviennent mal à passer d'un suivi individuel des établissements à une vision consolidée de l'offre de soins et à une stratégie d'orientation de cette offre sur un territoire de santé, voire sur l'ensemble de la région. La T2A est perçue comme un outil d'allocations de ressources et non comme un réel levier des réorganisations au niveau régional ; le lien entre équilibre financier des établissements et planification est encore très ténu.
- [23] Enfin, la mission considère qu'une réflexion sur le contrôle de la pertinence des actes doit déboucher rapidement pour être un nouvel outil au service des établissements comme des autorités de régulation régionale et nationale. Le contrôle de la pertinence des actes, dont l'intérêt fait l'objet d'un consensus largement exprimé par les acteurs, doit permettre d'éviter un recours excessif aux soins et d'optimiser l'allocation des ressources vers les soins appropriés, contribuant aussi à la régulation du développement de l'activité.

Sommaire

SYNTHESE	3
SOMMAIRE.....	7
INTRODUCTION.....	9
1. L'INSTAURATION DE LA T2A A FAIT EVOLUER POSITIVEMENT LES TECHNIQUES DE MANAGEMENT INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET LA RELATION ENTRE DIRECTION ET COMMUNAUTE MEDICALE.....	11
<i>1.1. L'exigence d'efficience induite par la T2A a conduit les responsables d'établissement à développer les outils du contrôle de gestion et les compétences indispensables</i>	<i>11</i>
1.1.1. La T2A a imposé l'usage de nouveaux outils et de nouvelles pratiques de gestion et de suivi de l'activité médicale	11
1.1.2. Des outils au service de la performance hospitalière dont le déploiement, l'appropriation, la pertinence et l'utilisation varient d'un établissement à l'autre	15
<i>1.2. Le développement de ces outils de management favorise un dialogue nouveau entre direction et équipes médicales et soignantes mais cette évolution n'est pas aboutie.....</i>	<i>18</i>
1.2.1. La T2A s'avère un levier efficace pour fédérer la communauté hospitalière et accélérer la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics....	18
1.2.2. Cette évolution de la relation direction-médecins et du processus de décision est loin d'être aboutie et reste à consolider face à la crainte toujours présente d'une approche trop financière	21
2. LA T2A ET LE DEVELOPPEMENT DES NOUVEAUX INSTRUMENTS DE GESTION N'A QU'UN IMPACT LIMITE SUR LA DEFINITION DE LA STRATEGIE TANT A L'ECHELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE QU'AU NIVEAU REGIONAL.....	26
<i>2.1. La complexité de l'instrument T2A soulève des difficultés de pilotage des établissements.</i>	<i>27</i>
2.1.1. L'instabilité réelle ou ressentie du modèle T2A pose des problèmes de management sur le moyen terme	27
2.1.2. Une amorce de réflexion stratégique plus large qui lie T2A et choix d'investissement	31
<i>2.2. Ces évolutions ne produisent que des effets encore limités sur la stratégie globale des établissements et la régulation régionale.....</i>	<i>34</i>
2.2.1. La meilleure connaissance des coûts financiers et du suivi de l'activité médicale n'ont pas conduit à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements.....	34
2.2.2. Ces évolutions des techniques de management ne produisent que des effets limités sur la régulation régionale.....	41
CONCLUSION.....	46
LISTE DES RECOMMANDATIONS	49
FICHE DE MISSION	51
BIBLIOGRAPHIE.....	53
SIGLES UTILISES.....	55

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	57
ANNEXE 1 : DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE CONSACRES A L'HOPITAL	63
ANNEXE 2 : IMPACT DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE : QUELQUES ELEMENTS DE COMPARAISONS INTERNATIONALES	67
ANNEXE 3 : EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES AUX ETABLISSEMENTS.....	73
ANNEXE 4 : LES CONTRATS DE PERFORMANCE DE L'ANAP	83
ANNEXE 5 : DISPOSITIF D'INTERESSEMENT DES HCL	93

Introduction

- [24] Dans le cadre du programme annuel de travail 2011 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) approuvé par les ministres a été retenu le principe d'une mission intitulée « Les effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé ». L'objectif fixé à cette mission est d'évaluer l'impact de la T2A sur le management des établissements, leur organisation interne, mais aussi sur leurs relations avec différents interlocuteurs externes, et notamment les Agences régionales de santé (ARS). La fiche de mission insiste sur le recueil du ressenti des acteurs, l'intérêt de la mission à objectiver celui-ci et à interroger le degré d'appropriation du nouveau système.
- [25] La mission a été confiée à Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, et Maurice-Pierre Planel, membres de l'IGAS. Les travaux de cette mission ont plus particulièrement fait l'objet d'une coordination avec une autre mission IGAS conjointe avec l'Inspection générale des finances, portant sur « Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux », et d'échanges avec la mission IGAS consacrée aux « Fusions et regroupements : quel bilan pour les 15 dernières années »
- [26] Prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, l'instauration de la tarification à l'activité constitue une réforme majeure du financement des établissements de santé publics et privés.
- [27] La T2A se substitue à la dotation globale versée aux établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier depuis 1984, et au paiement à la journée applicable dans les établissements privés. Dans l'esprit du législateur, elle répond à un double objectif :
- établir un lien entre le financement des établissements de santé et leur activité, ce qui n'était pas le cas avec le « budget global » ;
 - instaurer l'équité de traitement entre établissements. Il s'agissait de faire disparaître progressivement les disparités de financement constatées entre des établissements ayant des tailles, des volumes et des secteurs d'activité comparables.
- [28] La mise en œuvre de ces objectifs a nécessité une forte amplification de la médicalisation du système d'information et le développement d'outils de pilotage médico-économique.
- [29] Les principes de cette tarification reposent sur trois rémunérations, tarifées au niveau national, (tarifs par groupes homogènes de séjour -GHS-, tarifs par prestations – consultations et actes externes, urgences, prélèvement d'organes et hospitalisation à domicile, tarifs des consommables non inclus dans les GHS – molécules onéreuses et dispositifs médicaux) auxquelles s'ajoutent deux autres sources de financement, les forfaits et les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).
- [30] Les effets de la mise en œuvre de ce nouveau mode de financement sont à apprécier dans le contexte suivant :
- la mise en œuvre progressive de la T2A depuis 2004 par tous les établissements de santé, avec un basculement complet à partir de 2005 pour les établissements privés, et à compter de 2008 pour les autres en ce qui concerne leurs activités de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Un objectif de convergence intra sectorielle des tarifs (au sein des établissements publics et des établissements privés), puis inter sectorielle (entre les deux catégories d'établissements) était affiché : le premier a abouti fin 2011, le second a été reporté à fin 2018 ;
 - la mise en place des réformes successives de la gouvernance des établissements de santé et particulièrement la réforme importante de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

- [31] La mission s'est attachée à identifier ce qui relève stricto sensu de l'impact de la T2A en tant que mode d'allocation des ressources, ce qui résulte de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de ses évolutions pluriannuelles, ce qui provient des modalités d'élaboration des états de prévisions des recettes et des dépenses (EPRD), et plus largement de la régulation prix/volume.
- [32] La mission a souhaité avoir une approche complémentaire de celle menée, sous l'égide de la DREES¹, auprès de huit établissements, suivis pendant 15 mois (étude réalisée entre décembre 2007 et mars 2009). Cette étude constitue l'une des très rares publications disponibles consacrée à ce lien entre T2A et management. L'objectif a été, sur la base de constats et de données pour certaines actualisées à 2010-2011, d'apprécier, notamment, l'évolution de l'acculturation à la T2A.
- [33] S'agissant du management interne des établissements de santé qui constitue le cœur de son sujet, la mission a choisi d'orienter ses observations et son analyse selon deux axes :
- une approche délibérément focalisée sur l'une de ses composantes, la gestion des établissements : suivi de l'activité, suivi budgétaire et financier, systèmes d'informations, ressources humaines, investissements...
 - une approche plus large de la problématique du management comme conduite et animation du collectif que constitue un établissement, qui dépasse le cadre réducteur de la seule gestion. Il s'est agi d'apprécier les incidences de l'introduction de la T2A sur les relations entre équipes de direction et corps médical et soignant, sur les évolutions de pratiques ou d'organisations médicales, les réorganisations externes ou internes aux établissements, les partenariats entre établissements et tutelles, et plus largement sur la stratégie des établissements en liaison avec l'offre de soin territoriale ou régionale.
- [34] La mission a choisi un périmètre « large » pour sa démarche en incluant l'ensemble des établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif (ESPIC) et privés, dans le champ MCO, seul concerné jusqu'en 2011 par la mise en œuvre de la T2A.
- [35] Mais les établissements déploient leur activité dans un territoire donné et sur une région, dont les besoins spécifiques sont identifiés ou ont vocation à l'être par le régulateur régional qu'est l'ARS. La mission s'est donc également interrogée sur l'impact éventuel de la T2A sur les décisions de l'ARS et sur l'utilisation par l'ARS de la T2A pour orienter l'offre de soins.
- [36] La mission a choisi délibérément une approche « vécu des acteurs » Elle se place donc dans une perspective « de bas en haut » (« bottom up ») et n'a pas vocation à analyser les problématiques liées à la construction des tarifs où à la définition d'une stratégie nationale de pilotage de la politique hospitalière. Elle en relève toutefois les effets ou les difficultés dès lors que le management des établissements s'en trouve directement impacté.
- [37] Les constats et analyses du rapport s'appuient ainsi, outre une revue de la littérature nationale et internationale, sur 38 entretiens avec d'une part, les administrations centrales, les opérateurs publics nationaux, les fédérations et les conférences du secteur hospitalier et, d'autre part, des rencontres de terrain dans huit régions (Aquitaine, Alsace, Bretagne, Centre, Ile-de-France, Provence-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais). Ces déplacements ont permis de rencontrer les équipes de direction et la communauté médicale et soignante de seize établissements, ainsi que cinq ARS (cf. liste des personnes rencontrées).
- [38] Un questionnaire destiné à compléter ces entretiens a été adressé à 94 établissements, publics, ESPIC et privés, avec des variantes suivant les acteurs concernés (chef d'établissement, président de commission médicale d'établissement - CME - chef de pôle). Son exploitation figure en annexe 3.

¹ Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé
Michel Pépin et Jean-Claude Moisson - DREES – Mai 2010

- [39] Au sein des établissements, la mission a choisi de concentrer ses investigations sur la relation entre direction et communautés médicale et soignante pour des raisons de calendrier et dans le souci de ne pas se disperser. La mission n'a donc pas rencontré les organisations syndicales et les élus locaux, membres des instances délibératives ou consultatives des établissements de santé. Les conclusions de la mission doivent être observées à la lumière de ce choix.
- [40] Le présent rapport souligne clairement que la T2A a fait évoluer de façon positive le management interne des établissements de santé, pour ce qui est du secteur public ou des ESPIC, tout particulièrement dans les relations entre équipes de direction et équipes médicales et soignantes.
- [41] Dans son principe, la T2A n'est mise en cause par quasiment aucun des responsables administratifs et médicaux rencontrés, même si des craintes de dérives ou d'effets pervers ont pu être exprimés par certains interlocuteurs, essentiellement médecins ou soignants des établissements publics, voire ESPIC.
- [42] Mais il est incontestable qu'à ce stade, l'impact de la T2A et des instruments de gestion dont elle a amené le développement, est assez réduit sur la définition de la stratégie interne et externe des établissements.
- [43] La mission fait dans ce cadre quelques recommandations destinées à favoriser l'exercice du management.

1. L'INSTAURATION DE LA T2A A FAIT EVOLUER POSITIVEMENT LES TECHNIQUES DE MANAGEMENT INTERNE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET LA RELATION ENTRE DIRECTION ET COMMUNAUTE MEDICALE

1.1. L'exigence d'efficience induite par la T2A a conduit les responsables d'établissement à développer les outils du contrôle de gestion et les compétences indispensables

- [44] L'instauration de la T2A a nécessité des transformations profondes du pilotage des établissements de santé et de leur gestion. A terme, l'ambition de la réforme est de favoriser des modifications organisationnelles susceptibles d'améliorer la performance des établissements. Cette étape doit être précédée d'un travail préparatoire important et notamment d'une évolution du management et des outils de gestion de l'établissement.
- [45] Le développement de nouveaux outils et de nouvelles pratiques de suivi de la gestion et de l'activité médicale constitue sans doute la partie la plus spectaculaire de cette évolution. Le traitement d'une information fiable et pertinente est en effet un préalable aux réformes organisationnelles.
- [46] La mission a constaté que le recours à ces outils de gestion est une pratique courante dans tous les établissements dans lesquels elle s'est déplacée. Les réponses au questionnaire adressé à un échantillon plus large d'établissements publics et privés viennent confirmer ce constat. Il n'en demeure pas moins que l'utilisation qui est faite de ces outils peut encore varier d'un établissement à l'autre et que l'appréciation portée sur leur pertinence peut différer selon que l'on se place du point de vue de la direction ou de la communauté médicale.

1.1.1. La T2A a imposé l'usage de nouveaux outils et de nouvelles pratiques de gestion et de suivi de l'activité médicale

- [47] La T2A rend indispensable l'évolution des outils de gestion, instruments de management interne des établissements. Sa logique, fondée sur les recettes liées à la valorisation de l'activité, fait apparaître la nécessité de développer de nouveaux outils, soit parce que les indicateurs utilisés précédemment ne répondaient pas aux exigences imposées par le nouveau mode d'allocation des ressources, soit parce ces outils n'existaient qu'à l'état embryonnaire.

- [48] La T2A a mis en lumière les enjeux liés à la connaissance de l'activité, au pilotage médico-économique et à la réactivité. Elle a agi comme un « révélateur d'une situation historique occultée par un système de financement fondé sur la reconduction des moyens sans se poser la question de savoir si l'allocation de ressources reposait sur une activité ».
- 1.1.1.1. De nouveaux outils et de nouvelles compétences pour le suivi de l'activité, des recettes et des dépenses
- [49] Dans les établissements publics, les expériences et les chantiers menés dans le cadre de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) avaient fait apparaître l'intérêt stratégique de deux instruments : les comptes de résultats analytiques (CREA) et les tableaux coûts case-mix (TCCM). Ces outils ont un intérêt d'autant plus important que leur développement accompagne à la fois la mise en œuvre de la T2A mais aussi la nouvelle gouvernance des établissements.
- [50] Le développement des CREA et des TCCM s'inscrit parfaitement dans cette double logique. Les CREA sont une déclinaison des comptes de résultats pour les établissements, sans être pour autant des EPRD. La création de ces outils permet à la direction, mais aussi aux chefs de pôles de disposer des informations nécessaires au management de l'établissement ou du pôle.
- [51] Ces outils ont également permis de fiabiliser les données de la comptabilité analytique hospitalière puisque l'élaboration des CREA, des TCCM et des autres tableaux de bord suppose au préalable de s'assurer de la cohérence, de l'exhaustivité et de la qualité du fichier commun des structures de l'établissement (FICOM).
- [52] Mais ainsi que l'ont souligné plusieurs interlocuteurs de la mission, ces outils n'ont pas vocation à se substituer à une politique d'établissement ; ils doivent au contraire permettre de suivre la mise en œuvre de cette dernière.
- [53] Outre les CREA et les TCCM, les établissements développent des tableaux de bord de suivi mensuels plus réactifs (suivi de l'activité, suivis financiers, focus sur des points délicats comme le suivi de la durée moyenne de séjour - DMS). Les déplacements de la mission et les réponses au questionnaire font apparaître que ces indicateurs sont établis par pôles dans la majorité des cas. Une périodicité mensuelle est souvent retenue pour la publication de ces indicateurs, avec des consolidations trimestrielles.
- [54] Ce développement de documents nouveaux, déjà pointés par l'étude de la Drees² précitée, sont communs à de très nombreux établissements publics.
- [55] Les réponses au questionnaire préparé par la mission confortent ces constats : 88% des établissements publics estiment que la T2A a eu un effet sur le développement d'outils de suivi des recettes et des dépenses.
- [56] Le même questionnaire fait apparaître que 90% des établissements ont, corrélativement à la montée en charge de la T2A, mis en place des indicateurs de suivi de l'activité médicale (entrée-séjour, DMS, taux d'occupation) mais également de suivi spécifique (laboratoires de biologie, plateaux techniques, chirurgie ambulatoire notamment).
- [57] Cet impact de la T2A concerne tous les types d'établissements publics, centres hospitalo-universitaires (CHU), centres hospitaliers régionaux (CHR) ou centres hospitaliers (CH), sans distinction de taille, et s'inscrit dans la logique du système de financement à l'activité, qui incite les établissements à identifier les leviers de la performance et les place face à la quasi obligation d'évaluer l'efficacité des activités des pôles.
- [58] Le développement de ces outils ne se limite pas aux seuls champs des activités MCO financées par la T2A, mais s'étend à l'ensemble des activités réalisées par les établissements concernés qui disposeront ainsi d'instruments utiles, lors du passage à la T2A de leurs activités de SSR et/ou de psychiatrie. *A contrario*, ceux des établissements qui n'ont pas d'activités MCO sont à l'évidence moins préparés. Le même constat à l'égard de ces établissements vaut pour l'organisation polaire.

² Ibidem

- [59] Dans son rapport de 2009³, la Cour des comptes indiquait que « malgré une avalanche de chiffres, divers, quelques zones aveugles ou peu éclairées, pouvaient subsister dans l'information des directions générales ». Cette remarque concerne en particulier le développement d'outils de gestion des ressources humaines dont la mission n'a pas constaté la mise en place ou l'utilisation systématique. Les remarques de la Cour des comptes sur la nécessité de développer des outils de suivi de la masse salariale et des effectifs conservent une actualité.
- [60] Parallèlement au développement de ces nouveaux outils, les établissements ont souhaité disposer de nouvelles compétences parmi leur personnel, soit en formant des compétences internes, soit en recrutant. Les fonctions de contrôleur de gestion, de directeur du contrôle de gestion et d'assistant de gestion ont ainsi fait leur apparition dans un nombre important d'établissements publics.
- [61] Tous les établissements publics visités par la mission ont mis en place ces nouvelles compétences, et les établissements les plus importants ont procédé à des recrutements spécifiques. Le niveau de qualification des personnes recrutées varie suivant les établissements (assistants ou contrôleurs de gestion), ainsi que leur positionnement (auprès de la direction ou auprès des chefs de pôles).
- [62] L'appréciation par les chefs de pôle du rôle de la qualification et de la compétence de ces nouveaux intervenants diffère selon les établissements. Ces appréciations, parfois contradictoires, portent moins sur l'intérêt de leur recrutement que sur le positionnement des personnels. Le contenu de leurs attributions (appui à la gestion ou pédagogie et aide à la décision) doit encore être clarifié. Cette problématique rejoint une réflexion plus large sur la gouvernance des établissements et la répartition des compétences entre les directions fonctionnelles et les pôles.
- [63] La mission a aussi constaté que la gestion du corps médical dans les établissements publics commence à être impactée par la T2A. Les recrutements, les créations de postes font désormais l'objet d'une analyse médico-économique préalable pour évaluer leur intérêt au regard de l'activité de l'établissement et des recettes nouvelles que cela peut générer. Cette remarque vaut d'abord pour les praticiens hospitaliers ; la question du recrutement des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) et l'arbitrage que ces derniers effectuent entre leur activité hospitalière et leur activité universitaire, relèvent d'une autre logique et d'autres règles de fonctionnement.
- [64] Dans les établissements privés et privés à intérêt collectif, les déplacements de la mission et les réponses au questionnaire ne font pas apparaître de mutation aussi importante. Sous l'influence d'un régime juridique différent, voire pour les établissements privés d'un mode d'allocation des ressources qui valorisait déjà l'activité, ces catégories d'établissements bénéficiaient d'une culture comptable plus importante et disposaient déjà d'une batterie d'indicateurs stratégiques leur permettant de suivre leur activité. Tous ont souligné la nécessité de concentrer l'attention des managers sur un petit nombre d'indicateurs stratégiques. L'instauration de la T2A n'a pas constitué un bouleversement du mode de financement de leurs établissements et n'a donc nécessité qu'une adaptation marginale des outils de suivi de l'activité et des finances déjà utilisés.

1.1.1.2. Codage et facturation : des processus devenus stratégiques

- [65] Avant la mise en place T2A, l'activité était retracée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La valeur du point ISA par établissement avait une certaine conséquence sur le budget de l'établissement : c'est dans ce cadre que le codage avait son importance ; son exhaustivité ne répondait toutefois pas aux mêmes enjeux.
- [66] Depuis que le niveau des recettes de l'établissement est corrélé à son activité réelle, le codage et la facturation ont acquis une importance stratégique et les établissements se sont organisés pour tenir compte de cette situation. Comme l'a dit un des interlocuteurs à la mission, « les données d'activité, c'était statistique, pas stratégique ; avec la T2A ça l'est devenu ».

³ Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale – septembre 2009

- [67] Un effort net de codage peut être constaté dans l'ensemble des établissements ; cet effort porte sur l'ensemble des facettes du sujet : exhaustivité, travail sur la qualité de l'information, procédure de saisie, délais de saisie et de transmission. Cet effort concerne là encore en priorité les établissements publics, et seulement dans une moindre mesure les ESPIC et les établissements privés.
- [68] Si l'attention portée au codage et à ses modalités pratiques s'est considérablement renforcée, les modes d'organisation du recueil de l'activité n'ont qu'assez peu évolué sous l'impact de la T2A. Ainsi, les établissements retiennent leur propre mode d'organisation, centralisé ou décentralisé. En revanche, la mission a constaté deux évolutions plus marquantes : le renforcement du positionnement du département d'information médicale (DIM) et son rôle accru en matière de contrôle du codage.
- [69] L'instauration de la T2A a conduit à une évolution significative du positionnement du DIM et ce dans l'ensemble des établissements, publics, privés non lucratifs comme privé. Le médecin DIM voit son rôle réévalué ; il est souvent rattaché soit à la direction des affaires financières, soit à un pôle de santé publique, soit directement à la direction générale : l'organisation peut être variable selon les établissements, mais dans tous les cas, le responsable du DIM est directement impliqué dans la saisie de l'activité et sa valorisation (que ce soit en direct, ou en appui-contrôle). Il l'est également pour toute analyse médico-économique concernant une réorganisation ou un nouveau projet. La mission a constaté que le DIM s'implique progressivement sur l'ensemble des activités et notamment les consultations et actes externes, qui étaient jusqu'alors un secteur encore mal suivi et sans doute encore sous-valorisé à l'hôpital public. Parallèlement, les équipes DIM (médecins et techniciens) ont vu leurs effectifs renforcés dans de très nombreux établissements.
- [70] Ce repositionnement des médecins DIM est sans doute inégalement achevé ; ils étaient relativement présents et impliqués dans les établissements visités par la mission; le questionnaire, fondé sur du déclaratif ne permet que de détecter l'affirmation d'un positionnement accru sans autre précision.
- [71] Le renforcement du rôle du DIM en matière de contrôle du codage est une autre évolution majeure constatée par la mission. Ce contrôle prend des formes diverses. Dans les établissements les plus importants, de plus en plus de DIM procèdent à un contrôle automatisé du codage en routine afin de détecter les anomalies avant la transmission des dossiers vers l'assurance maladie. Dans les établissements de plus petite taille, les DIM peuvent vérifier systématiquement le codage des dossiers les plus lourds.
- [72] Ce contrôle a pour objectif de s'assurer de la pertinence du codage, c'est-à-dire du respect des règles de tarification et de la qualité de la valorisation de l'acte.
- [73] Le souci d'un codage et d'une valorisation optimum des actes ont conduit certains établissements, publics comme privés, à faire appel à des prestataires extérieurs. On peut distinguer trois types de recours :
- le recours à un prestataire extérieur pour réaliser des actes dits LAMDA⁴ et ainsi rattraper un retard sur la facturation ;
 - le recours à un prestataire extérieur rémunéré en fonction des recettes nouvelles que son intervention rapportera à l'établissement. D'abord centrée sur les GHM, cette pratique se développe maintenant sur les consultations externes ;
 - le recours à un prestataire extérieur pour s'assurer de l'efficacité et de la pertinence du codage réalisé au sein de l'établissement.

⁴ Logiciel de récupération de l'activité sur les années n-1 et n-2.

1.1.2. Des outils au service de la performance hospitalière dont le déploiement, l'appropriation, la pertinence et l'utilisation varient d'un établissement à l'autre

- [74] Le passage à un financement à 100% des activités MCO à compter de 2008 a servi de catalyseur à l'élaboration de ces nouveaux instruments. Leur mise en place s'est en effet avérée indispensable, dans les établissements publics de santé, pour faire évoluer la connaissance de l'activité, des recettes et des dépenses et rendre leur organisation plus performante.
- [75] Ces établissements se sont trouvés pénalisés dans l'élaboration des nouveaux indicateurs en raison d'une culture comptable faiblement développée au moment de la mise en œuvre de la T2A. Dans un rapport de 2006, la Cour des comptes avait constaté que « dans l'ensemble des établissements de l'échantillon, aucun établissement public de santé n'était à même, au moment du contrôle, de mettre en œuvre l'outil de contrôle de gestion et d'aide à la décision que constitue le TCCM ».
- [76] En quelques années la situation a profondément évolué, mais il s'est révélé impossible de combler ce retard dans un laps de temps aussi bref. Ainsi, si tous les établissements rencontrés par la mission se sont engagés dans la démarche, tous n'ont pas atteint le même stade de développement et de maturation des outils de gestion.
- [77] Des divergences d'appréciation sur le développement de ces outils apparaissent d'ailleurs clairement au sein de la communauté hospitalière. Si les établissements se félicitent des efforts déployés dans l'élaboration de ces outils, et des résultats obtenus, les autorités de tutelle portent une appréciation plus nuancée sur la réalité de cette évolution.

1.1.2.1. De la pertinence et de l'utilisation des instruments de suivi

- [78] L'analyse du déploiement des outils de gestion fait apparaître une image contrastée de l'existence et de la pertinence des instruments de suivi de l'activité, des recettes et des dépenses.
- [79] Les autorités de tutelle estiment qu'il existe encore des établissements publics dans lesquels la comptabilité analytique demeure embryonnaire, notamment ceux de taille petite et moyenne. Dans ces établissements, le développement des CREA et des TCCM est prévu à court terme. Mais la mission a constaté que les établissements, dans leur ensemble, ont saisi l'intérêt stratégique de ces documents et la nécessité de disposer d'informations fiables et précises de manière régulière. Cet intérêt est partagé par l'équipe de direction et les chefs de pôle.
- [80] D'autres interrogations demeurent pourtant sur la pertinence de certains indicateurs auxquels les établissements ont recours et sur leur intérêt opérationnel.
- [81] Sur ce sujet, une différence d'approche existe entre les établissements privés et les établissements publics. Les premiers privilégient un petit nombre d'indicateurs pour suivre l'évolution de leurs recettes et de leur activité. Les seconds ont développé de nombreux outils de suivi, avec une démarche propre à chaque établissement dans l'élaboration des instruments qui vont du tableau de bord à la note de synthèse. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence d'approche, dont la taille et l'activité de l'établissement. Les hôpitaux ayant en moyenne une taille supérieure et un panel plus large d'activités, ils pourraient avoir besoin d'un nombre supérieur d'indicateurs.
- [82] Cette différence d'approche entre public et privé met en exergue la question centrale de l'intérêt opérationnel de ces outils.
- [83] Outre la fiabilité des données collectées, cet intérêt repose sur le choix des informations faisant l'objet d'un suivi régulier. Le passage de la dotation globale à la T2A a entraîné une modification des indicateurs, le suivi des recettes et de l'activité ont acquis une importance nouvelle, c'est autour de ces thèmes qu'ont naturellement été construits les nouveaux indicateurs. Leur pertinence est incontestable mais la recherche de la performance impose de mettre également au point des outils de pilotage de l'organisation et d'en assurer le suivi. Il semble que sur ce point, des efforts doivent encore être accomplis.

- [84] Lors de ses déplacements, la mission a recueilli des appréciations divergentes sur l'utilité des tableaux de bord et les modalités de leur diffusion. Elle a constaté que si l'équipe administrative insistait toujours sur la qualité des instruments développés, les chefs de pôles émettaient des opinions plus nuancées.
- [85] Les critiques émises par les chefs de pôles portent sur la régularité de la transmission de l'information : les CREA seraient ainsi transmis irrégulièrement et la plupart du temps avec beaucoup de retard. Elles soulignent parfois la difficulté de lecture de l'information transmise. Le questionnaire adressé aux établissements conforte cette appréciation : si une très forte majorité des chefs de pôles (87%) déclarent ces outils utiles, leur maniabilité est moins plébiscitée (près de 40% les estiment d'une lecture difficile). Enfin, les critiques portent sur la qualité de l'information, considérée comme non hiérarchisée ou non pertinente. Certains chefs de pôle considèrent que les tableaux de bord n'apportent pas toujours de réponse à leurs questions soit sur le fonctionnement de leur pôle, soit sur d'autres coûts comme ceux relatifs à l'administration générale de l'établissement.
- [86] La nature de ces outils, essentiellement comptables, peut expliquer cette insatisfaction de certains responsables médicaux, puisque « TCCM et CREA sont essentiellement des outils de gestion stratégique, élaborés en fin d'exercice pour expliquer le résultat comptable des pôles. Relativement difficiles à construire en infra annuel, ils ne sont pas du tout adaptés au suivi opérationnel de l'exécution d'un contrat interne ou pour la prise de décisions de gestion quotidienne ». ⁵ Un effort de pédagogie doit accompagner le développement des outils de gestion.
- [87] Par ailleurs, la Cour des comptes soulignait ⁶ que « les acteurs ne se donnent pas les moyens de connaître objectivement la performance de leur organisation et de leurs pratiques. Ne sont généralement mesurés ni les temps d'activité des blocs opératoires, ni les débordements d'horaires souvent coûteux, ni les durées des étapes du parcours dans l'hôpital, ni les temps d'attente, ni les redondances de prescriptions ». La Cour estimait que « cette opacité [était] préjudiciable à la bonne gouvernance et [retardait] les décisions utiles pour l'avenir de l'établissement ». La mission a noté à l'occasion de ses déplacements que les établissements se sont engagés dans l'analyse de leurs organisations (blocs opératoires, parcours du patient, temps médical) mais que des progrès importants peuvent encore être faits, en particulier en termes d'analyse des coûts de production pour chaque activité et chaque acte. La littérature internationale met également l'accent sur ce constat.

Recommandation n°1 : Développer les outils d'analyse des coûts de production

1.1.2.2. Une nouvelle politique de contractualisation pour pérenniser l'utilisation de ces outils

- [88] Les interventions de la tutelle (DGOS et ARS) visent à la fois à s'assurer que tous les établissements ont entamé une démarche d'élaboration d'indicateurs de suivi de leur activité, mais également que la construction des indicateurs respecte les priorités fixées au niveau national.
- [89] Les initiatives ont d'abord pour objet de favoriser le développement de la comptabilité analytique hospitalière. Prévue par une circulaire de 1992, cette mise en œuvre n'a jamais été portée comme un objectif prioritaire par les acteurs ou la tutelle. Un des interlocuteurs de la mission a reconnu que certains établissements n'avaient pas considéré cet outil comme prioritaire et ne disposaient que d'une comptabilité analytique très rudimentaire.
- [90] Avec l'instauration de la T2A et celle de la nouvelle gouvernance des établissements de santé, la comptabilité analytique hospitalière (CAH) acquiert une importance nouvelle. Elle constitue le support incontournable des nouveaux outils de gestion élaborés pour suivre l'activité de l'établissement, notamment les CREA et les TCCM. La construction et la pertinence de ces outils sont commandées par la qualité et la fiabilité de la CAH de chaque établissement.

⁵ Nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles : CREA, CREA, TCCM, tableaux de bord, une méthodologie au dialogue de gestion- MEAH, février 2009

⁶ Rapport annuel 2009 sur la loi de financement de la sécurité sociale

- [91] Pour remédier aux retards constatés dans un certain nombre d'établissements, la tutelle agit dans plusieurs directions.
- [92] Après le basculement de la T2A à 100%, la mission nationale d'expertise de d'audit hospitalier (MEAH) est intervenue dans 150 établissements pour les aider à développer des CREA et des TCCM.
- [93] Cette première mesure s'étant révélée insuffisante, la DGOS a développé une politique d'aide à la construction de ces outils par l'intermédiaire de publications nombreuses (guide de la fiabilisation des comptes des hôpitaux, nouvelle gouvernance et comptabilité analytique par pôles pour ne citer que ces exemples).
- [94] La DGOS a également prévu un plan de déploiement de la CAH dont l'achèvement est prévu en juin 2012. Ce plan s'accompagne de la publication d'un guide méthodologique de la comptabilité publique hospitalière ; ses objectifs soulignent la nécessité de fournir les leviers d'action pour un pilotage stratégique et opérationnel plus efficient de l'établissement, et d'harmoniser les méthodes de comptabilité analytique hospitalière en leur donnant de la cohérence et une meilleure lisibilité.
- [95] Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les établissements et les ARS servent également de support au développement de ces outils de gestion et indicateurs de suivi. Jusqu'à présent, seuls les établissements ayant conclu un contrat de retour à l'équilibre financier étaient soumis à cette obligation qui désormais s'imposera à tous. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (art 57) a ainsi prévu l'intégration dans les CPOM d'objectifs de performance établis à partir d'indicateurs, avec des conditions de publicité de ces indicateurs et des sanctions financières en cas de non respect. Ces indicateurs portent sur la performance de l'organisation et concernent la gestion des lits et la réduction des inadéquations hospitalières, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour, l'optimisation des plateaux techniques, le développement de la chirurgie ambulatoire (taux des dix-huit gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire) et des éléments relatifs à la coordination ville-hôpital.
- [96] Enfin, l'agence nationale pour l'appui à la performance des établissements de santé et des établissements médico-sociaux (ANAP) intervient pour favoriser le développement des outils de gestion par l'intermédiaire des contrats de performance.
- [97] Avec les contrats de performance, l'ambition de l'ANAP est d'accompagner les évolutions de l'organisation des établissements afin «d'aider les établissements de santé [...] à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers»⁷, y compris de ceux qui sont à l'équilibre financier. Cette démarche va donc au-delà de simples objectifs de performance financière.
- [98] A ce jour, 25 contrats de performance ont été signés, qui doivent permettre aux établissements de se concentrer sur un petit nombre d'objectifs prioritaires (en moyenne, un contrat comporte moins de 10 objectifs). Une analyse rapide des objectifs retenus dans ces contrats montrent une attention particulière accordée à la question de la facturation et du codage (optimisation de la chaîne de facturation et de recouvrement, amélioration de la chaîne médico-tarifaire ou de l'exhaustivité du codage) ainsi qu'à la gouvernance des pôles (accroître la performance opérationnelle des pôles, mettre en place un système de pilotage et de gouvernance des pôles, revoir l'organisation des pôles) autant de sujets qui contribuent à la recherche d'une meilleure qualité du management (cf. annexe 4).

⁷ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18 (V)

1.2. *Le développement de ces outils de management favorise un dialogue nouveau entre direction et équipes médicales et soignantes mais cette évolution n'est pas aboutie*

1.2.1. *La T2A s'avère un levier efficace pour fédérer la communauté hospitalière et accélérer la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics*

[99] De manière générale, la T2A est une évolution qui, si elle s'avère un changement « brutal » de paradigme pour l'hôpital public en particulier, s'inscrit dans un continuum de réformes importantes : la mise en œuvre des 35 heures, la mise en place des pôles cliniques et la nouvelle gouvernance issue de la loi HPST.

[100] La mission retient de ses entretiens et de ses constats qu'il est difficile d'isoler l'impact spécifique de la T2A en regard des autres réformes intervenues concomitamment. Toutefois, la T2A a eu un rôle catalyseur dans l'évolution du discours et des processus managériaux et l'orientation des choix des établissements. Cet impact varie selon la nature des établissements.

1.2.1.1. Un impact modeste sur le management des établissements privés

[101] Dans les établissements privés, la T2A n'a pas véritablement fait évoluer ni le management global ni le processus de décision lui-même, les choix stratégiques relatifs à l'établissement demeurant du ressort de la direction.

[102] Cette absence d'évolution significative tient pour l'essentiel au mode de rémunération des médecins, qui n'a pas été modifié par le passage à la T2A. C'est désormais l'établissement qui est rémunéré sur la base de tarifs au lieu de forfaits à la journée ; mais les médecins demeurent rémunérés à l'acte, leurs honoraires découlant de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

[103] Dans les structures où les médecins sont détenteurs de tout ou partie du capital, ils participent de ces choix à la mesure de l'importance de leur actionnariat, sans pourtant que la T2A n'ait modifié le fonctionnement d'ensemble. Dans les groupes plus structurés, qu'ils aient une emprise nationale ou régionale, les médecins ne sont généralement pas actionnaires des structures ou simplement de façon marginale. L'individu existe donc moins, les médecins sont des opérateurs de haut niveau mais influent peu sur le processus décisionnel stratégique. Le choix de certains groupes de faire évoluer leurs structures vers une prise en charge plus polyvalente accentue cette tendance.

[104] Ainsi, la décision de la direction d'un établissement privé d'ouvrir un service d'urgence dans un secteur populaire et moins favorisé d'une grande agglomération d'Aquitaine a-t-elle été prise en dépit de l'avis négatif de certains médecins spécialistes.

[105] L'appartenance d'un établissement privé à un groupe modifie l'approche du management local de chaque établissement : l'activité fait l'objet d'un suivi consolidé au siège qui produit en routine des statistiques pour chaque établissement et le groupe ; chacun peut ainsi se comparer mais est également sous surveillance étroite du siège.

[106] Néanmoins, la mise en place de la T2A a contribué au moins à deux évolutions :

- la restructuration des cliniques : mouvements d'absorption/fusion et regroupements qui tendent à la disparition des cliniques mono spécialisées isolées ;
- l'amorce d'un rapprochement entre équipe de direction et personnels médicaux. Les établissements ont besoin de praticiens compétents, dont le renom sera susceptible d'attirer une clientèle ; la fluidité du parcours du patient et des processus de codage et de facturation associés, renforcés et optimisés avec l'instauration de la T2A, le suivi de la durée de séjour et la préparation du parcours aval sont des objectifs communs aux médecins et à l'établissement.

[107] Toutefois, les directions de ces établissements relèvent de façon générale une difficulté supplémentaire en termes de management : la déconnection entre la rémunération de l'établissement (T2A) et celle des médecins (actes- honoraires CCAM) d'où une relative irresponsabilité, au sens juridique, des médecins en cas d'erreur de codage. C'est l'établissement qui est pénalisé, non le médecin. Pour contourner cette difficulté, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a indiqué à la mission qu'elle serait favorable à la création de GHS incluant la rémunération des médecins, une proposition reprise par les établissements privés rencontrés par la mission. Une telle proposition, qui ne recueille pas l'accord de la conférence des présidents de CME du privé, mériterait des investigations approfondies.

[108] Au plan managérial, les contrats d'exercice pourraient être le support d'un accord sur cette question de la responsabilisation des médecins dans l'erreur de codage qui pénalise l'établissement, même s'il n'est pas toujours simple de faire évoluer ou de mettre fin à un contrat, notamment si la démographie médicale place les médecins en position de négociation favorable.

1.2.1.2. Un impact sensible et globalement fédérateur dans les établissements publics et dans les ESPIC

[109] 79,5 % des établissements publics et ESPIC interrogés indiquent que l'instauration de la T2A a eu un impact sur la relation entre direction et communauté médicale. La perception de cet impact est encore plus forte dans la communauté médicale : 80% des présidents de CME et 88% des chefs de pôles font un lien direct entre T2A et évolution de cette relation.

[110] Dans les établissements publics, la T2A, parce qu'elle a conduit à la mise en place d'outils de gestion et de suivi, a été un accélérateur de la structuration des pôles, un levier du processus de contractualisation interne et, ce faisant, un élément clef du renouveau du dialogue interne et du discours managérial, qui remet la notion de collectif au centre des préoccupations de la communauté hospitalière.

➤ *La mise en place de la T2A a permis d'outiller et d'accélérer la contractualisation dans les établissements publics et les ESPIC qui ont opté pour une organisation polaire*

- En dehors des cadres expérimentaux, la majorité des premiers contrats de pôles ont été signés entre 2007 et 2011 (2007 pour la plupart des établissements ayant répondu au questionnaire envoyé par la mission), alors même que la mise en place des pôles clinique sur la base de l'ordonnance du 2 mai 2005 est antérieure : la montée en charge progressive de la T2A et le passage à 100% en 2008, le développement subséquent d'outils de suivi et de gestion ont clairement permis d'outiller les pôles et de développer la réalité, certes encore inégale selon les établissements, de la contractualisation.
- Même si le périmètre en est parfois limité, la délégation de gestion se met progressivement en place (66% des établissements ayant répondu au questionnaire). La tarification à l'activité a permis d'identifier les secteurs qui dégagent plus ou moins d'activité et donc de recettes. Elle a rendu d'autant plus nécessaire, alors même que des efforts sont demandés à tel ou tel pôle, l'affichage, non seulement des objectifs, mais aussi des moyens de les atteindre, dans le cadre de la contractualisation interne aux établissements.
- La mise en place d'un intéressement s'est faite concomitamment, directement favorisée par la contractualisation.

[111] La plupart des établissements rencontrés par la mission ont ainsi mis en place un intéressement collectif et positif, en cas d'atteinte des objectifs assignés au pôle dans le cadre du contrat. Une tendance confirmée par les réponses au questionnaire puisque 61,5% des établissements indiquent avoir instauré une telle procédure.

[112] L'intéressement évolue dans de nombreux cas d'une approche centrée sur l'atteinte de résultats financiers à l'atteinte d'objectifs plus globaux, englobant notamment des objectifs de qualité ; par ailleurs, c'est moins l'atteinte d'un résultat strictement bénéficiaire que l'importance des progrès enregistrés et du chemin parcouru qui sont valorisés.

➤ *L'instauration de la T2A a impacté de manière significative le processus de décision interne dans les établissements publics mais aussi les ESPIC*

- Un processus de décision plus formalisé qui a renouvelé le dialogue de gestion

[113] La T2A, parce qu'elle est une règle fixée en externe à l'établissement, incite certes chaque acteur à suivre sa propre activité et les recettes qu'elle génère, mais impose aussi d'introduire de la lisibilité dans la façon dont les choix de développement ou de réorientations d'activité sont construits, dont les arbitrages sont faits et dont les décisions sont prises.

[114] En lien avec la T2A et les suivis qu'elle a rendu indispensables et afin de favoriser le partage de l'information, certains établissements ont mis en place des structures de concertation et de préparation à la décision en élargissant la participation aux instances prévues par la loi HPST ou en créant des instances de dialogue supplémentaires. Ainsi les directoires sont-ils élargis dans de très nombreux cas à des invités permanents (responsables de pôles, chefs de services,...) ; ailleurs existe un collège des chefs de pôles ; des réunions formalisées des chefs de pôles sont instaurées. Au CHU de Lille, une structure de pilotage médico-économique a été mise en place, la fédération médico-économique ; coprésidée par un médecin membre du directoire et le directeur général adjoint, elle regroupe des membres de la direction, des médecins, ainsi que des experts (DIM, DAF). Une commission mixte présidée par un membre du conseil de surveillance associe des membres de la CME, du CTE, et du comité des services médico-techniques. Y est notamment abordé le financement institutionnel et donc les aspects médico-économiques. Le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) Paul Strauss de Strasbourg a mis en place dès 2006 le CELA (cellule d'activité qui réunit des représentants des la direction générale, du DIM et des affaires financières) pour anticiper les évolutions d'activités et leurs impacts financiers.

[115] Dans les démarches les plus abouties, l'élaboration d'un EPRD par pôle, dans un cadre global défini par le projet d'établissement et rappelé en début de campagne par la direction, vient contribuer à la construction ascendante de l'EPRD de l'établissement ; chaque projet faisant par ailleurs l'objet d'une présentation conjointe du responsable de pôle et du directeur référent du pôle au directoire.

[116] Les évolutions dans ce dialogue ne diffèrent pas véritablement selon la taille des structures, même si les très gros établissements peuvent avoir plus de difficulté à faire bouger l'ensemble des pôles concomitamment ; des circuits de décision courts semblent faciliter l'échange et la rencontre entre acteurs et accélérer la prise de décision. A l'inverse, les grosses structures disposent plus facilement de personnels qualifiés et dédiés en matière de contrôle de gestion et donc peuvent soutenir plus efficacement les pôles.

- Une implication plus grande du corps médical, qui va de pair avec les pouvoirs accrus du directeur d'établissement et conforte le sentiment d'appartenance collective

[117] Ce qui faisait auparavant l'objet d'une tractation par projet entre la direction et chaque chef de service relève aujourd'hui d'une démarche plus collective. De façon assez générale, les médecins rencontrés estiment qu'au-delà de la contrainte financière, plutôt d'ailleurs liée à l'ONDAM, l'instauration de la T2A les a obligés à hiérarchiser et à justifier leurs priorités, ce qui alimente un dialogue de gestion plus transparent. Cette transparence est également relevée dans la littérature internationale comme un des effets de ce mode de financement (cf. annexe n° 2).

[118] Plusieurs établissements (direction comme communauté médicale) ont évoqué un risque de « balkanisation » des pôles dans le secteur public ou des services dans les ESPIC, qui pourraient être perçus – ou se percevoir – comme autant de centres de profits. Des ARS ont indiqué lors des entretiens avoir ressenti un certain cloisonnement entre pôles, et une capacité inégale des équipes de direction et des directoires à les faire « jouer collectif ». Mais la plupart des établissements, tout en reconnaissant cette tentation centrifuge, estiment que c'est précisément à la direction et au directoire de faire vivre la vision collective. Ils font valoir la transparence relative qu'implique la T2A, règle affichée et externe à l'établissement, règle commune à tous, ainsi que la circulation de l'information rendue possible par les différents outils mis en place. Cette transparence et cette circulation l'information sont perçues comme contribuant à « l'autorégulation du système ».

- [119] La plupart des établissements ont ainsi mis en place une démarche plus ou moins aboutie et formalisée d'analyse médico-économique pour les nouveaux projets, qui font l'objet d'échanges au sein du pôle avec le directeur référent puis d'une itération avec le directoire, et d'une présentation en CME. L'information est largement disponible par ailleurs, au-delà des seules instances réglementaires : la majorité des établissements publics et privés non lucratifs contactés mettent en ligne les divers tableaux de bord par pôle, même si près de 30% des établissements sollicités par questionnaire indiquent ne diffuser l'information qu'aux seuls pôles, voire aux seuls services concernés (une proportion plus faible dans les CHU que les CH).
- *Une pratique plus systématique du parangonnage*
- [120] La pratique de la comparaison qui prévaut entre pôles s'est également développée entre établissements ; elle était déjà possible via les données du PMSI et les diverses bases de données à la disposition des établissements ; l'instauration de la T2A l'a rendue incontournable.
- [121] Elle peut s'organiser de manière plus spécifique : ainsi des CLCC, qui organisent des réunions régionales afin de promouvoir la comparaison entre établissements et des rapprochements dans la valorisation de certains séjours.
- [122] Au total, le constat de la mission sur les évolutions du processus de décision est proche de celui de l'étude menée par Jean-Claude Moisdon et Michel Pépin⁸ pour la DREES, avec toutefois deux différences : une implication globale du corps médical supérieure à celle que traduit cette étude, et un engagement réel et important des acteurs qui parviennent, au niveau des responsables administratifs et médicaux, à dépasser les critiques d'ordinaire adressées à la seule T2A, pour interroger les modalités de son utilisation dans le cadre contraint de l'ONDAM et son insertion dans un ensemble plus global de réformes.

1.2.2. Cette évolution de la relation direction-médecins et du processus de décision est loin d'être aboutie et reste à consolider face à la crainte toujours présente d'une approche trop financière

1.2.2.1. Des limites à l'appropriation collective de la T2A

- [123] Un décalage existe encore entre ceux qui maîtrisent la T2A et les autres, c'est-à-dire entre les membres du directoire, les chefs et cadres de pôles, les médecins DIM d'une part, et les autres médecins et les personnels soignants d'autre part. Les premiers apparaissent comme une avant-garde éclairée, sans que la connaissance et la culture de la T2A ne se soient encore toujours diffusées au-delà de ce premier cercle.
- [124] Ainsi, si la T2A a bien favorisé le développement de l'organisation polaire, il est beaucoup moins aisé de percevoir et de documenter son impact effectif sur le management à l'intérieur des pôles et plus encore des services lorsqu'ils ont été maintenus.
- [125] L'animation du pôle est à ce jour très variable (conseils maintenus ou pas⁹, bureau de pôle ou non, réunions du conseil à des périodicités très diverses, rôle très divers aussi du trio du pôle et notamment du cadre de pôle, mobilisation inégale des personnels soignants, ...) ¹⁰. Sur la question de l'existence de bureaux de pôles et de la périodicité des réunions, seule la moitié des responsables de pôles sollicités par questionnaire ont indiqué tenir de telles réunions, les autres n'ayant répondu ni positivement ni négativement.

⁸ Ibidem

⁹ La loi HPST du 21 juillet 2009 supprime leur caractère obligatoire

¹⁰ Cf. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé – IGAS – Mai 2010

- [126] Des formations ont été conçues pour favoriser la compréhension et l'appropriation à la T2A, elles peinent pour l'instant à véritablement mobiliser le corps médical selon l'école des hautes études en santé publique (EHESP). Une nouvelle offre est actuellement proposée par le centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) et l'EHESP. Plusieurs responsables de pôles ont souligné auprès de la mission son importance en termes de volume horaire (60h), qu'ils ne peuvent libérer aisément. D'autant que les responsabilités de chef de pôle sont consommatrices de temps (entre 20% et 50% selon les interlocuteurs rencontrés par la mission). L'EHESP a initié des formations sur site au profit des chefs de pôle, une initiative à développer et encourager.
- [127] Ce nouveau partage de la responsabilité et du discours managérial entre direction et corps médical implique un renforcement du management interne à chaque pôle. Il souligne l'importance du repositionnement de l'encadrement intermédiaire, qui, au travers des entretiens avec les directrices de soins et cadres rencontrées, ne se sent pas suffisamment accompagné. La T2A, nous indiquait une directrice de soins, « a bousculé le concept du « *prendre soin* » du personnel paramédical ». L'idée que la santé a un coût n'est pas rejetée en tant que telle, mais elle est ressentie comme une pression permanente. L'oralité qui prévalait dans beaucoup d'actes a laissé la place à une traçabilité indispensable pour faire reconnaître l'activité au travers de sa valorisation. La pression est particulièrement forte dans les secteurs de moyen-séjour – soins de suite gériatriques qui en deviennent moins attractifs que les secteurs médico-techniques. Pour autant, l'organisation en pôles a permis, selon nos interlocutrices, de développer une mutualisation des moyens entre services et unités, de décloisonner et de créer un sentiment collectif d'appartenance. Mais la nécessité d'impliquer et d'accompagner d'avantage les personnels d'encadrement intermédiaire et les soignants est très prégnante dans leurs discours.
- [128] Cet accompagnement peut trouver sa place dans le cadre d'un contrat de performance ; près de la moitié des contrats signés avec l'ANAP incluent des axes Ressources humaines (RH), parfois très ciblés sur l'absentéisme et le temps de travail, ou plus orientés sur l'amélioration de la gouvernance RH. C'est le cas de celui signé entre l'ANAP et le CH de Périgueux, dont deux des axes comprennent des actions fortes en direction des personnels : dans le cadre de l'axe Stratégie et plus spécifiquement de l'amélioration de la gouvernance, le contrat vise à mettre en place un management de proximité performant par les cadres ; un des axes est par ailleurs consacré exclusivement à la gestion des ressources humaines, et vise notamment à améliorer les conditions de travail et l'attractivité.

Recommandation n°2 : Favoriser la diffusion de la culture de l'efficacité par des actions de formations adaptées aux différents niveaux de la gouvernance hospitalière (directeurs, chefs de pôles et médecins, cadres de santé et personnel soignant).

Recommandation n°3 : Conforter la position de l'encadrement intermédiaire dans l'organisation polaire.

1.2.2.2. Une contractualisation encore inachevée et un intéressement balbutiant

- [129] La contractualisation est loin d'être en place dans tous les établissements et pour tous les pôles. Lorsqu'elle existe, elle peut être encore limitée : la première génération de contrats pour ceux signés dès 2007 ou 2008 est encore en cours de renouvellement. Les contrats de pôles ne sont pas mis en place dans tous les établissements. Ainsi par exemple à l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille, 12 des 28 pôles ont signé un contrat de pôle à la date de la mission ; dans d'autres CHU, quelques médecins sont toujours en phase de négociation et ne signent pas ces contrats. Les délégations de gestion sont aussi limitées en termes de périmètre (cf. annexe n°3) : très peu d'établissements délèguent par exemple des dépenses de personnel médical ; parmi ceux, plus nombreux, qui délèguent des dépenses de personnel non médical, tous ne délèguent pas les montants correspondant à l'ensemble des dépenses du pôle mais parfois simplement une enveloppe correspondant à tout ou partie des dépenses d'intérim ou des frais de remplacement.
- [130] L'intéressement ne concerne pas encore tous les établissements ; près de 40% des directions d'établissements interrogés indiquent ne pas l'avoir instauré ; les responsables de pôles questionnés ont même une perception plus faible encore, puisque 50% d'entre eux estiment qu'il n'a pas été mis en œuvre.

- [131] Lorsqu'il est pratiqué, il n'est quasi-exclusivement que positif : le pôle qui atteint ses objectifs reçoit une gratification, celui qui ne les atteint pas n'est en revanche pas sanctionné. Les établissements rencontrés par la mission soulignent que la non atteinte d'objectifs financiers ou de prise en charge peut être étroitement dépendante de facteurs échappant totalement au pôle : dès lors, il serait difficile de reprocher quoi que ce soit à celui-ci. La mission est bien consciente de l'importance du contexte qui environne le pôle. Il lui paraît toutefois que celui-ci peut assez aisément être pris en compte lors de la contractualisation : ainsi, si le retard d'une restructuration ou de mise en place d'une nouvelle prise en charge est dû à des retards de travaux, on comprendrait mal que le pôle soit pénalisé. Pour autant, des éléments exogènes ne sauraient expliquer de manière généralisée la non-réalisation des objectifs contractualisés.
- [132] La mission a eu connaissance de l'exemple des Hospices civils de Lyon, qui ont mis en place un intéressement positif et négatif (cf. annexe n° 5). Le pôle qui n'atteint pas les objectifs fixés est pénalisé à proportion de l'écart avec l'objectif, sans que cette pénalité puisse excéder 0,1% de son chiffre d'affaires. La somme retenue est ventilée entre les pôles ayant atteint leurs objectifs.
- [133] Enfin dans tous les cas de figure, l'intéressement ne joue que sur des montants très faibles, plus symboliques que véritablement significatifs. Pour les établissements rencontrés ou ayant répondu au questionnaire, le montant maximum relevé représente 0,9% des dépenses du pôle, et 0,1% du budget de l'établissement.
- [134] Certains établissements publics arguent de la complexité d'une telle démarche, qui serait délicate à déployer car étrangère à l'esprit du service public (quelques médecins ont indiqué à la mission que la tarification à l'activité était selon eux « contraire à l'éthique médicale »). D'autres mettent en avant leur situation financière, qui ne leur permettrait pas de dégager des moyens suffisants pour l'intéressement. La mission considère que cet intéressement est un élément essentiel de la contractualisation car il incarne l'engagement de l'administration, contrepartie incontournable des objectifs fixés au pôle. Sans intéressement, qu'il soit financier, engagement sur l'acquisition d'équipements ou sur un recrutement, il n'y a pas vraiment contrat puisque les deux parties ne s'engagent pas de façon équilibrée. Ce qui renvoie *a contrario* à la réalité de l'engagement que prend le responsable de pôle sur l'atteinte des objectifs : seul l'intéressement, positif ou négatif peut, en l'état actuel des textes, sanctionner le contrat.

Recommandation n°4 : Impliquer et responsabiliser les médecins dans la gestion et la gouvernance des établissements en renforçant les contenus (objectifs précis et chiffrés adaptés aux activités du pôle, délégations, intéressement) de la contractualisation interne.

Recommandation n°5 : Développer l'intéressement collectif, positif et négatif.

Recommandation n°6 : Engager la réflexion sur le développement d'une véritable responsabilité managériale et gestionnaire du chef de pôle.

1.2.2.3. La crainte persistante d'une approche trop financière, qui ne valoriserait pas les bonnes pratiques et pousserait à la sélection des patients

- [135] Si l'émergence d'un nouveau dialogue de gestion et la conscience accrue de l'intérêt de penser « collectif » dans les décisions de gestion ou stratégiques deviennent progressivement la norme, certaines limites ou réticences demeurent¹¹ :
- la réticence de certaines directions à avancer dans la délégation de gestion, par crainte, avouée ou non, d'une perte de pouvoir¹² ;

¹¹ Cf. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé – IGAS – Mai 2010

¹² Un directeur d'établissement faisait ainsi allusion lors de l'entretien avec la mission à « un obstacle culturel de [notre] part à la délégation, surtout sur le volet RH ».

- la limite que peut être une situation d'important déficit, encore que la mission voit mal en quoi celle-ci est en soi un obstacle de principe à la délégation ; responsabiliser les acteurs peut également être un choix managérial qui accélère le retour à l'équilibre dès lors que le chef de pôle puisse effectivement être responsabilisé sur l'atteinte des résultats, ce que ne permet pas encore la loi (cf. supra) ;
- la réticence aussi d'une partie du corps médical, notamment en CHU ; il ne souhaite pas de se voir déléguer d'une part des moyens sans lien avec leurs compétences centrées sur le soin (blanchisserie, restauration, logistique en général), d'autre part la décision de ne plus pouvoir assurer la prise en charge de patients peu ou pas rentables¹³, pour des raisons financières ou comptables (respecter le contrat de pôle dans sa dimension financière) ;

[136] Car la T2A pose de manière nouvelle la question du management de l'activité médicale, puisqu'elle révèle des activités « rentables » et d'autres « non rentables », voire des actes plus ou moins « rentables ». Il a ainsi été fait mention à la mission d'actes moins rémunérateurs que d'autres, mieux tarifés, quand bien même ils répondraient mieux à l'intérêt du patient : concrètement il serait plus intéressant par exemple, de coder des escarres de niveau 4, et donc d'attendre qu'ils se produisent, plutôt que d'en faire la prévention ; plus « rentable » d'amputer un membre que de mettre en place un traitement qui vise à le sauver ; plus intéressant financièrement, en chirurgie des exostoses, d'avoir deux temps d'intervention au lieu d'un seul alors que le contraire paraît souhaitable s'agissant de la qualité de la prise en charge pour le patient.¹⁴

[137] Par ailleurs, la T2A est perçue comme valorisant le seul acte technique et, *a contrario*, comme rémunérant mal les actes intellectuels (formation et recherche en CHU), les activités de médecine, ou les actes des paramédicaux qui ne font souvent l'objet d'aucune nomenclature (infirmières, diététiciennes mais aussi psychologues et assistante sociale).

[138] Dans certains cas, la rémunération ou la facturation est possible, mais mal vécue car on « marchandise » ce qui était une aide ou une collaboration confraternelle : ainsi des missions d'expertise ou « d'appui intellectuel » pour citer un président de CME d'un CHU au profit d'hôpitaux généraux voisins (exemple de revues en anapathologie), réalisées jusqu'alors à titre gratuit et que le système pousse désormais à facturer.

[139] D'autres activités, bien que s'inscrivant dans les grandes politiques publiques, sont mal ou pas rémunérées. L'éducation thérapeutique est un exemple souvent cité, nombre d'établissements indiquant ne percevoir aucune ou peu de MIG pour ces activités qui leur sont pourtant demandées par l'ARS.

¹³Cf. Pr Israël Nisand – entretien avec la mission et présentation au séminaire ENCC – Fédération hospitalière de France 1^{er} décembre 2011

¹⁴ Ces exemples ont été présentés par nos interlocuteurs comme des risques et non comme la réalité de la pratique des établissements concernés.

- [140] De manière générale, les équipes médicales et soignantes ont parfois le sentiment que les « bonnes pratiques » ne sont pas valorisées. Ces bonnes pratiques, pour partie impulsées par la mise en place de la T2A pour optimiser la DMS et les taux d'occupation, visent pour l'essentiel à réduire les hospitalisations inutiles ou inadéquates. Tel centre hospitalier s'est ainsi très largement impliqué dans une politique d'admission directe en soins de suite et de réadaptation (SSR) à partir des urgences, notamment pour les populations âgées ; il a d'une part fortement développé l'hospitalisation à domicile, d'autre part mis en place une équipe mobile de gériatrie qui se déplace dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD). Autant de pratiques qui évitent l'immobilisation de lits et leur facturation à l'assurance-maladie, tout en facilitant la vie des patients mais qui ne favorisent pas les finances de l'hôpital. « Toutes les économies pour l'assurance-maladie sont autant de recettes non engrangées », pour citer un responsable d'établissement. D'autres médecins citent le raccourcissement de certains séjours en cancérologie et le renvoi très rapide du patient vers la médecine de ville avec son traitement, ou encore, en médecine vasculaire où l'évolution des techniques et des gains d'organisation permettent de traiter plus vite, trop vite même puisque la tarification pénaliserait (bornes basses) ces gains à la fois de temps mais aussi de qualité de prise en charge pour le patient.
- [141] Les équipes de direction, les chefs de pôles et les soignants se trouveraient ainsi confrontés à ces questions et plus largement à celle de savoir comment manager les activités non « rentables » : un des exemples très fréquemment évoqué auprès de la mission par les établissements publics est celui des accouchements, pour lesquels les tarifs ont participé du désengagement des établissements privés¹⁵, et qu'il faut pourtant assurer. La même remarque vaut pour la pédiatrie, largement assurée par l'hôpital public, pour laquelle les tarifs ne permettent pas d'assurer le coût de certains actes (soins intensifs, soins continus, séjours de 0 nuit en médecine notamment au terme d'une analyse menée par le CHU de Montpellier)¹⁶. Ce sujet des activités plus ou moins « rentables » pose la question des distorsions entre coûts et tarifs et de leur justification, qui fait l'objet d'un rapport spécifique de l'IGAS auquel il est renvoyé.
- [142] Enfin, plusieurs médecins ont fait valoir que la pression de la T2A ferait peser un risque sur la qualité de la prise en charge et des soins : moindre qualité de l'accueil et des soins, sortie trop hâtive d'un patient pour optimiser la durée de séjour au plan financier, jusqu'au refus de prise en charge.... Cette crainte se retrouve exprimée assez largement dans d'autres pays où elle a pu conduire, comme aux Etats-Unis, à la fermeture par les opérateurs de services jugés trop coûteux car mal rémunérés par les tarifs.¹⁷
- [143] Ces craintes d'une « marchandisation de la santé » trouvent un écho chez certains représentants du personnel. C'est ce que traduisent les réponses au questionnaire quant à l'impact de la T2A sur le climat social, perçu comme plus tendu (69% des réponses) notamment dans le cas d'un plan de retour à l'équilibre.
- [144] Ces craintes se nourrissent également de la spécialisation constatée entre secteur public et privé, une lourdeur moindre des cas pris en charge dans le secteur privé, une prise en charge en ambulatoire très développée et le positionnement des cliniques privées sur quelques créneaux très rentables : la cataracte en est un exemple éclairant.
- [145] Elles ne sont toutefois pas avérées, à ce stade, dans notre pays.
- [146] D'abord parce que l'approche de service public qui demeure centrale à notre système de santé doit prévenir ces dérives ; les tarifs sont complétés par des dotations MIG et AC (dont les montants ont d'ailleurs proportionnellement augmenté ces trois dernières années) conçues pour couvrir les surcoûts liés à ces missions de service public, et dont les établissements publics sont les destinataires quasi-exclusifs.

¹⁵ Les maternités : plus de trente ans d'évolution Séverine ARNAULT et Albane EXERTIER - DREES - 2007

¹⁶ CHU Montpellier - Le sous financement de la pédiatrie : mythe ou réalité - Filhol-Seguret-Jacquet - Présentation au séminaire ENCC - Grenoble décembre 2011

¹⁷ Fermeture de services d'urgences entre 1983 et 1986 - Scanlon 2006 in Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital - IRDES Mars 2009

- [147] Ensuite et sur un plan plus interne à l'établissement, la vision collective que doit porter le discours managérial a précisément pour objet de répartir la charge ou les gains, de faire jouer les complémentarités en interne. Tel secteur moins « rentable » peut être équilibré par un autre qui le serait plus. Ce qui rejoint l'objectif poursuivi par les contrats de pôles qui est moins d'assurer à tout prix un équilibre financier dans chaque pôle que de rechercher l'optimisation des organisations afin d'atteindre efficacité et performance dans la prise en charge globale, dans une vision qui inclut la qualité.
- [148] En outre, il est possible de faire évoluer un tarif manifestement sans rapport avec le coût de revient ou de faire émerger de nouveaux GHS au sein d'un GHM pour identifier et rémunérer des activités spécifiques, même si l'ATIH reconnaît que l'ajustement se fait avec un décalage, inhérent au système, car il implique une discussion avec les acteurs. La mise en place des niveaux de sévérité en est un exemple. Le système peut sembler trop peu réactif au gré des acteurs, mais il est capable d'évoluer. Paradoxalement, les acteurs peuvent se plaindre des évolutions tarifaires, lorsqu'ils jugent, de manière compréhensible, la règle trop instable (cf. seconde partie).
- [149] Ainsi, aucun établissement visité par la mission n'a indiqué avoir modifié son case-mix pour tenir compte de l'existence d'activités plus rentables que d'autres. Ces témoignages sont confirmés par la CNAMTS qui ne constate pas d'évolution massive des tableaux d'activité au niveau global, mais plutôt des ajustements dans le cadre d'une spécialisation des établissements et des secteurs qui se maintient.
- [150] Par ailleurs, aucune étude n'a, à ce jour, documenté de manière générale une diminution de la qualité de prise en charge liée au mode de financement à l'activité ; c'est parfois même le contraire qui est constaté une étude norvégienne après enquête auprès des patients (cf. annexe 2) ; il en va de même de la diminution significative des listes d'attente dans plusieurs pays après la mise en place de ce système de financement.
- [151] C'est en fait moins la T2A en tant que telle que les multiples objectifs qu'on lui assigne et l'ensemble des réformes qui l'accompagnent, dans un cadre de contrainte budgétaire forte, qui sont à l'origine de ces inquiétudes.

2. LA T2A ET LE DEVELOPPEMENT DES NOUVEAUX INSTRUMENTS DE GESTION N'A QU'UN IMPACT LIMITE SUR LA DEFINITION DE LA STRATEGIE TANT A L'ECHELLE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE QU'AU NIVEAU REGIONAL

- [152] Même si la T2A a favorisé une évolution gestionnaire et un nouveau dialogue au sein des établissements, il semble que ceux-ci aient des difficultés à aller au-delà en développant de nouvelles stratégies, en raison notamment de la complexité de la réforme et de son manque de lisibilité. Dans la gestion quotidienne des établissements, tout particulièrement publics, la pratique managériale est absorbée par la nécessité d'expliquer, de maîtriser et de mettre en œuvre une réforme dont les différentes composantes ne sont pas à ce jour encore stabilisées.
- [153] Les évolutions constatées des pratiques ou des organisations restent donc ciblées et ne conduisent pas à bouleverser les contours de l'offre de soins tant au niveau de l'établissement qu'au niveau régional.

2.1. La complexité de l'instrument T2A soulève des difficultés de pilotage des établissements

- [154] Si les acteurs font consensus pour souligner la complexité de la réforme, cette dénonciation ne doit pas être interprétée comme une remise en cause la T2A en tant que modalité d'allocations des ressources. Rares ont été les interlocuteurs de la mission qui ont exprimé une remise en cause radicale de la T2A. La mission relève à cet égard que les interlocuteurs rencontrés dans les établissements de santé ont eu, dans leur très grande majorité, une vision relativement positive de la T2A et de son impact, et une approche logiquement plus pragmatique que celle de leurs représentants nationaux. L'intention première des acteurs est bien plutôt de mettre en exergue la complexité des mécanismes, les ajustements fréquents auxquels il est procédé par les autorités de tutelle, le manque de justification de certains tarifs et, en conséquence, les difficultés qui en découlent pour construire un management quotidien ou prospectif des établissements et de leurs personnels.
- [155] Certes, l'analyse des expériences étrangères montre que l'existence d'ajustements fréquents des mécanismes de la T2A et des tarifs est inéluctable lors de la montée en charge de la réforme. La France ne ferait donc pas exception à cette règle dans la manière de gérer la mise en œuvre. Les ajustements tarifaires sont inhérents à un tel système de financement.
- [156] Toutefois, le rythme trop élevé de ces évolutions nuit à la lisibilité de la réforme. La complexité qui en découle ne crée pas un environnement favorable à l'élaboration d'un management rénové des établissements.

2.1.1. L'instabilité réelle ou ressentie du modèle T2A pose des problèmes de management sur le moyen terme

- [157] Malgré l'acceptation globale de ce mode de financement, le sentiment exprimé par la communauté hospitalière pourrait se résumer par les propos recueillis à l'occasion d'un déplacement de la mission : la T2A apparaît encore souvent comme « une règle du jeu ni claire, ni bien comprise ».
- [158] Ces propos signent l'échec relatif d'une des priorités de la réforme : instaurer une plus grande lisibilité des mécanismes de financement des établissements de santé publics et privés.
- [159] La conjonction de la mise en œuvre de la T2A et d'un renforcement de la politique de régulation des dépenses hospitalières, les évolutions nombreuses de la classification des pathologies et de la procédure d'élaboration des tarifs ne favorisent pas la compréhension de la réforme par les acteurs.

2.1.1.1. Un système parfois peu lisible et mal compris

- [160] La communauté hospitalière émet des réserves quant à la lisibilité de la réforme. Ces réserves sont en partie explicables par l'ampleur des changements à mettre en œuvre mais aussi par le fait que la réforme se déploie dans un contexte financier très contraint.
- [161] L'instauration de la T2A se caractérise par une importance accrue accordée à la question des recettes, désormais liées à l'activité de l'établissement. Ces recettes sont principalement de deux ordres : les tarifs (GHS et forfaits) et les dotations (MIGAC).
- [162] Le choix de passer à 100% de T2A, quatre ans avant l'échéance prévue, a renforcé la perception initiale négative de la T2A par la communauté hospitalière, puisqu'il a eu pour premier effet de révéler la situation financière dégradée des établissements à des acteurs insuffisamment préparés à cette situation. Cette dégradation des comptes est provoquée par l'alignement des ressources des établissements sur leur activité (valorisation de l'activité et dotations). Mécaniquement, les difficultés financières nouvelles des établissements de santé ont été attribuées à la T2A, qui a agi comme un « révélateur d'une situation historique occultée par un système de financement fondé sur la reconduction des moyens sans se poser la question de savoir si l'allocation de ressources reposait sur une activité ».

- [163] La réforme a été ressentie avant tout comme une réforme budgétaire et comptable. Cette appréciation a conduit assez naturellement la communauté hospitalière à s'interroger sur la pertinence de ce mode de financement et sur sa capacité à assurer aux établissements les moyens nécessaires à leur fonctionnement et à la délivrance de soins de qualité.
- [164] Cette appréciation est en partie infondée ainsi que le montre le tableau ci-dessous. Les établissements publics étaient déjà en situation de déficit avant la campagne tarifaire 2008. Il n'en demeure pas moins que cette première année de mise en œuvre d'une allocation des recettes MCO fondée à 100% sur la T2A se traduit par une nouvelle dégradation de la situation financière des établissements, notamment pour les plus importants d'entre eux.

Tableau 1 : Résultat des établissements de santé de 2007 à 2010, en millions d'euros (CRP)

Etablissements de santé	2007	2008	2009	2010
CHRU	-393	-450	-404	-322
CH	-338	-187	-97	-174
CHS	23	21	27	21
HL	24	20	24	19
autres publics	5	3	10	16
Total EPS	-679	-592	-441	-440
Etablissements à but non lucratif	-3	-24	-20	-50
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	-15	3	-2	-6

Source : DGOS

- [165] Les critiques et incompréhensions portent également sur la construction des tarifs. La communauté hospitalière a majoritairement considéré que la dégradation de la situation financière des établissements en 2008 était en grande partie imputable à la nouvelle tarification, en ce qu'elle ne traduisait pas les coûts réels de production. Quelques distorsions particulièrement évidentes sous-tendent ce discours largement répandue (cf. rapport IGAS Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et actes médicaux).
- [166] Lors de ses déplacements la mission a pu recueillir, ainsi que nous l'avons déjà évoqué, des témoignages d'équipes de direction et de professionnels de santé qui soulignaient le caractère déficitaire de certaines activités en raison de tarifs insuffisants ou l'absence de prise en charge de certains actes ou interventions, comme celles des personnels soignants.
- [167] Ces témoignages mettent en exergue un autre aspect de l'incompréhension des acteurs par rapport à la réforme : celui de la méthode d'élaboration et du contenu des tarifs.
- [168] Ce sujet est suffisamment sensible pour que l'ATIH, lors de la rencontre ENCC du 1^{er} décembre dernier, mette en garde contre la tentation de comparer directement les coûts issus de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) et les tarifs des établissements de santé. En aucun cas, soulignait-elle, la différence entre tarifs et coûts ne doit être interprétée comme un effort d'efficience demandée aux établissements. Il n'est pas certain qu'une telle déclaration contribue à éclairer le débat et soit de nature rendre plus compréhensible la construction et les objectifs de la grille tarifaire.

- [169] Les explications de l'ATIH sont fragilisées par le fait que depuis trois ans, le respect de l'ONDAM hospitalier est devenu un impératif absolu pour les acteurs hospitaliers contraints de dégager des économies supplémentaires dans le cadre de cette politique de régulation. La construction des tarifs tient donc en priorité compte des impératifs de la régulation des dépenses hospitalières. Ainsi que le rappelle le rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité, « la rémunération des activités hospitalières doit, en outre, être soutenable et contenue strictement dans le cadre de l'ONDAM, alors que la progression de celui-ci est inférieure à l'augmentation tendancielle des charges. Ceci n'est possible que si la performance médico-économique de la production de soins connaît une amélioration ».
- [170] Toutefois, selon la DGOS, les seules mesures d'économies imputées sur la part tarifs correspondent à la convergence ciblée entre établissements publics et privés. Les économies sont donc essentiellement réalisées par le biais d'une mise en réserve prudentielle des crédits de l'enveloppe MIGAC. Cette procédure, mise en œuvre à la suite du rapport Briet¹⁸, a consisté à geler des montants d'aides à la contractualisation (AC) importants (400 millions d'euros sur une dotation nationale de financement des MIGAC dont le montant s'élève à 8293,64 millions d'euros). Cette mise en réserve impacte prioritairement les établissements publics, principaux bénéficiaires de ces dotations, et pénalisent les ARS qui se voient privées d'une partie des crédits leur permettant de mener une politique de soutien aux établissements et de réorganisation de l'offre de soins au niveau régional¹⁹. La notification tardive de recettes complémentaires n'efface pas les difficultés soulevées par la mise en réserve prudentielle effectuée en début de campagne budgétaire.
- [171] Cette mise en réserve prudentielle répond à une logique de régulation budgétaire, elle repose également sur un choix stratégique des autorités de tutelle, qui consiste à favoriser le recours au gel des crédits plutôt que de pratiquer une régulation prix/volume infra annuelle. Les économies dégagées par ce gel des crédits permettent ainsi de ne pas intervenir sur le volume d'activité des établissements. Les autorités de tutelle ne disposeraient d'aucun autre choix pour assurer le respect de l'ONDAM que le recours à une régulation prix/ volume infra annuelle qui a déjà été pratiquée antérieurement, sans se révéler très efficace. Au-delà des éléments techniques de ce débat, la conjonction de la réforme du mode de financement des établissements de santé et du renforcement de la régulation des dépenses de santé ne fait qu'accroître l'incompréhension des acteurs face à la réforme. *In fine*, c'est la T2A qui est considérée comme la cause de la réduction des moyens financiers disponibles.
- [172] Dans ce contexte, les acteurs, publics comme privés, s'interrogent sur les véritables objectifs de la réforme. La T2A est-elle comme l'ont souligné les initiateurs de la réforme un mode d'allocation des ressources plus pertinent car lié à l'activité des établissements ? Un levier pour obtenir plus de transparence dans l'analyse des coûts des établissements ou un outil de régulation des dépenses ?
- [173] Cette multiplicité d'objectifs est source de confusion pour les acteurs.

2.1.1.2. L'instabilité des tarifs : une gêne pour un management efficace à moyen terme

- [174] Il est un autre volet de la réforme qui concentre nombre de critiques, c'est celui des évolutions de la classification des pathologies et de la détermination des tarifs.
- [175] Selon la communauté hospitalière, la modification régulière de la classification des pathologies au sein des groupes homogènes de malades (GHM) et de leur valeur monétaire (GHS) est une source de gêne pour définir la stratégie des établissements et promouvoir un management renouvelé.

¹⁸ Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie – Raoul Briet – mai 2010

¹⁹ Deux circulaires DGOS du 19 et du 23 décembre 2011 ont respectivement alloué 312,98 et 157,45 millions d'euros supplémentaires aux établissements de santé au titre de la campagne 2011, Sur ces montants, 100 M€ correspondent au dégel d'un quart des crédits mis en réserve en début de campagne.

- [176] Il est vrai que depuis 2004, la classification des GHM fait l'objet d'évolutions annuelles. La dernière modification de grande ampleur a été réalisée en 2009, soit un an après le passage à la T2A à 100%, avec la mise en œuvre de la version 11 (V11). Cette dernière évolution a permis la création des quatre niveaux de sévérité et la redéfinition du diagnostic principal.
- [177] Depuis cette modification majeure, les autorités de tutelle communiquent sur la stabilisation du système et le caractère minimal des évolutions annuelles. Ces adaptations n'auraient plus vocation qu'à apporter des ajustements à la marge. Ainsi la DGOS considère-t-elle que les adaptations conduites depuis (V11-B et V11-C respectivement en 2010 et 2011) doivent plutôt être considérées comme des opérations de maintenance qui ont permis d'actualiser la classification.

Les évolutions 2011

- révision de la liste des comorbidités associées (CMA). Ces comorbidités désignent les diagnostics associés qui peuvent conduire à augmenter le degré de sévérité d'un GHM ;
- mise en place d'une nouvelle classification relative à l'activité de radiothérapie, afin de mieux valoriser les techniques innovantes ;
- création d'une nouvelle prestation d'hospitalisation permettant l'administration de dispositifs médicaux en environnement hospitalier ;
- possibilité en secteur ambulatoire de facturer des chambres individuelles pour exigence particulière du patient.

- [178] La mise en œuvre de la V11 de la classification, qui promeut une logique différente de la V10, a demandé des efforts importants d'adaptation à l'ensemble des établissements. Elle a nécessité de développer une forte réactivité du codage. La capacité des établissements à s'adapter varie en fonction du statut et de la taille des établissements. Selon l'ATIH, les CLCC et les ESPIC s'adaptent assez rapidement. La période d'adaptation des CHU est beaucoup plus longue. Cette moindre réactivité serait due à un effet taille et plus particulièrement à l'étendue et à la variété de leur case-mix.
- [179] Outre la fréquence des évolutions, les établissements dénoncent également l'insuffisance de pédagogie qui accompagne la réforme. Les modifications techniques qui ont un impact sur les ressources des établissements ne font l'objet que d'explications limitées (ex : bornes basses, actes frontières, comorbidités, etc..) et suscitent parfois des ajustements supplémentaires. Il y a ainsi eu quelques mouvements erratiques de tarifs lors du passage de la V11 à la V11B avec des activités valorisées en V11 et « dévalorisées » en V11B.
- [180] L'évolution du périmètre des GHM et l'interprétation des règles de codification qui l'accompagnent sont susceptibles de se traduire par des pénalités financières lors des contrôles effectués par l'assurance maladie.
- [181] Les acteurs soulignent également les difficultés provoquées par l'absence de visibilité sur l'évolution des tarifs à court et moyen terme et l'absence d'affichage clair et affirmé dans la durée des grandes tendances d'évolution, ce qui handicape fortement le management global de moyen terme.
- [182] Cette absence de visibilité comporte plusieurs facettes : d'une part, la construction tarifaire proprement dite et surtout ses évolutions incessantes et, d'autre part, les difficultés induites dans l'élaboration des EPRD.

La construction des tarifs 2011

- première étape : prise en compte des changements de périmètres imposés par différentes mesures (par exemple les changements de classification des GHM) ;
- deuxième étape : prise en compte des politiques publiques à mettre en œuvre. Certains tarifs sont modifiés par rapport à ce qui résulte de l'approche par le coût moyen, de manière à inciter les établissements à favoriser certains modes de prise en charge. Deux exemples sont ainsi plus spécifiquement mis en avant : la chirurgie ambulatoire et la dialyse hors centre.

[183] Les tarifs repères, publiés depuis 2009, répondent à une double logique : premièrement, inciter les établissements à développer des activités utiles et nécessaires à la politique de santé publique (par exemple la prise en charge du cancer, les soins palliatifs, la chirurgie ambulatoire ou encore les activités dites lourdes) et, deuxièmement, donner des repères aux établissements pour construire des stratégies pluriannuelles.

[184] Ces tarifs repères ne jouent qu'imparfaitement leur rôle, leur interprétation est très complexe et seuls les DIM peuvent s'en saisir. De plus, comme le précise l'ATIH dans sa note de présentation de cet outil, les tarifs repères « feront l'objet d'un réexamen chaque année ».

[185] Cette variabilité a des conséquences dommageables pour toutes les catégories d'établissements et constitue un handicap pour le développement de nouvelles activités. Les interlocuteurs de la mission ont tous souligné la difficulté qu'il y avait à développer une politique sans disposer de la moindre visibilité au-delà des six prochains mois, ce qui génère deux difficultés de management :

- une première difficulté est propre aux établissements publics, elle concerne l'élaboration de l'EPRD dont la construction repose sur une appréciation de l'activité des établissements et des tarifs. La variabilité des tarifs rend difficile son élaboration, leur connaissance tardive dans l'année, et la validation encore plus tardive des EPRD par les ARS rendent difficile tout réajustement dans l'année en cours. Les établissements publics éprouvent également des difficultés à élaborer le plan global de financement pluriannuel (PGFP). La mission a de fait constaté des dérives du calendrier d'approbation de ces documents, qui peuvent parfois être approuvés en début d'automne, ce qui pose problème tant aux établissements qu'aux ARS, pour la construction du budget comme la lisibilité de son exécution.

[186] Cette appréciation est pondérée par les ARS rencontrées par la mission, qui ne sous-estiment pas les difficultés causées par le calendrier, mais accordent un satisfecit d'ensemble aux établissements sur leur capacité à élaborer des EPRD crédibles, fondés sur une grande qualité des prévisions de dépenses et de recettes.

- la seconde difficulté est commune à l'ensemble des acteurs même si elle se présente de manière plus aiguë dans les établissements publics : toutes les personnes rencontrées soulignent la quasi impossibilité d'expliquer au personnel médical et soignant concerné le fait que la « rentabilité » de certaines activités peut être évolutive.

2.1.2. Une amorce de réflexion stratégique plus large qui lie T2A et choix d'investissement

[187] L'instauration de la T2A impose un renouvellement de la réflexion stratégique sur la politique d'investissement. Cette nécessité s'impose à deux niveaux :

- au niveau des établissements eux-mêmes qui doivent adapter leur organisation et leurs activités à cette nouvelle donne, parfois dans des conditions financières dégradées. Les établissements visités par la mission ont quasiment tous évoqué les effets de la T2A sur la problématique de l'investissement. Les réponses au questionnaire confirment ce constat ;
- au niveau des autorités de tutelle qui doivent clarifier les modalités de financement de la politique d'investissement, et notamment leur choix de recourir à des plans pluriannuels plutôt qu'à un financement par les tarifs, ou à une combinaison des deux.

2.1.2.1. Les nécessaires réorganisations médicales peuvent se heurter à la nécessité d'investir

- [188] L'objectif de réorganisation de l'offre de soins, la recherche d'une meilleure efficacité médico-économique, les incitations tarifaires (par exemple pour le développement de la chirurgie ambulatoire) peuvent nécessiter la réalisation d'opérations de restructuration.
- [189] Or, la capacité de mener à bien ces restructurations est souvent liée à la capacité d'investir. Les établissements se trouvent alors confrontés, dans un contexte financier souvent très contraint à un double impératif :
- investir pour se restructurer et être plus efficace (concevoir des opérations « rentables au regard de la T2A ») ;
 - investir pour se moderniser (conditions d'accueil, normes de sécurité, etc).
- [190] La T2A impose aux établissements de réfléchir à leur organisation. Ces questions d'organisation et de restructuration tournent notamment autour de problématiques majeures, l'accueil (et le circuit) du patient, le développement de la chirurgie ambulatoire mais aussi celui des hôpitaux de jour et de semaine, l'organisation des plateaux techniques, autant de sujets qui emportent des conséquences en matière d'investissement.
- [191] Or, depuis l'instauration de la T2A, cette capacité d'investissement est fortement contrainte par la dégradation de la situation financière des établissements mais également par les incertitudes qui pèsent sur la construction tarifaire et les incitations financières qui en découlent.
- [192] La capacité d'autofinancement (CAF) des établissements de santé est en baisse depuis l'instauration de la T2A. Selon la DGOS²⁰, la CAF varie selon les catégories d'établissements. Elle est en hausse pour les CHU (+1,8%), elle diminue dans les centres hospitaliers (- 6%, soit une baisse de 51 millions d'euros) et dans les établissements privés ex-DG (-9,4%, soit une baisse de 36 millions d'euros).
- [193] La Cour des comptes²¹ soulignait déjà en 2010 que la capacité de remboursement d'emprunts est, dans bien des cas, insuffisante. Il arrivait que la CAF avant remboursement fût elle-même négative. La conséquence de cette insuffisance a été une forte montée de l'endettement et des prélèvements fréquents sur le fonds de roulement pendant la période 2006-2008.
- [194] Ce constat global recouvre une grande variété de situations : une partie des établissements rencontrés par la mission indiquent n'avoir pas rencontré de difficulté particulière pour poursuivre leur politique d'investissement après le passage à une T2A à 100%, aussi bien pour l'investissement courant que pour des opérations d'investissement plus importantes. Ces établissements ont néanmoins été conduits à hiérarchiser plus fortement leurs projets sur la base d'analyses médico-économique devenues indispensables.

²⁰ Rapport au Parlement PLFSS 2012

²¹ Rapport annuel sur la LFSS – septembre 2010

[195] Des réponses doivent être apportées aux interrogations des établissements confrontés à une dégradation de leur situation financière et par conséquent de leur capacité d'investissement. Cette question est cruciale pour les établissements qui doivent conjuguer politique de retour à l'équilibre (et donc réduction des coûts), renouvellement des équipements et modernisation des locaux, opérations de mise aux normes et restructurations.

[196] La variété des problématiques démontre la nécessité de construire une théorie de l'investissement des établissements qui tienne compte de leur plus grande sensibilité à la rentabilité des investissements et des interrogations qui existent sur le financement de ces opérations.

[197] Pour ce faire, les établissements ont besoin d'un accompagnement plus cohérent de la part de la tutelle, mais cette dernière n'a pas encore défini une doctrine claire de l'investissement et de l'endettement dans un système de tarification à l'activité.

2.1.2.2. L'indispensable clarification de la politique d'investissement dans un système de tarification à l'activité

[198] Les établissements et leurs représentants considèrent que la politique tarifaire ne précise pas clairement la part des investissements prévus dans la rémunération des GHS. Ce débat renvoie également à la création des EPRD et à la suppression de la section investissement des établissements.

[199] A ces critiques, les autorités de tutelle répondent que la modification des modalités d'allocations des ressources n'a pas omis de prévoir le financement des investissements et que depuis 2002, deux plans spécifiques (Hôpital 2007 et Hôpital 2012) ont été mis en œuvre pour favoriser l'investissement des établissements.

[200] Ce débat au sein du système hospitalier fait apparaître une double approche du financement de l'investissement :

- une prise en compte dans la masse tarifaire ;
- une aide financière spécifique à l'investissement (Hôpital 2007, Hôpital 2012 et AC).

[201] Historiquement, le principe du financement par les tarifs, c'est-à-dire de l'intégration de l'investissement dans l'allocation de ressources versées à l'établissement constituait le fondement de la politique d'investissement. La construction des tarifs à partir de l'ENCC prend en compte les dépenses d'investissement (dépenses de groupe 4 : amortissements et frais financiers). Les tarifs intègrent donc l'effort moyen et lissé d'investissement consenti par les établissements de santé membres de l'ENCC. Les représentants de la communauté hospitalière estiment que cette part tarifaire consentie à l'investissement est inférieure à celle antérieurement intégrée à la dotation globale. Le nécessaire respect de l'ONDAM impose une progression tarifaire inférieure à l'augmentation tendancielle des charges des établissements, ce qui conduit à privilégier les dépenses incompressibles notamment de fonctionnement à celles d'investissement.

[202] Avec Hôpital 2007, puis Hôpital 2012, le Gouvernement a privilégié une logique de financement des investissements fondés sur des plans spécifiques mais aussi le recours à des aides à la contractualisation (AC) ou au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). L'impact de ces opérations nous amène à considérer que « l'exceptionnel (les plans) a pris le pas sur le principe (les tarifs) ».

[203] Le recours à des plans spécifiques présente plusieurs avantages. Il permet de concentrer des masses financières importantes et de sélectionner les projets en fonction des priorités fixées par le Gouvernement. Il permet aussi de rendre plus visibles les efforts des pouvoirs publics en matière d'investissement.

- [204] Ces aides exceptionnelles ont leurs propres limites. La plus paradoxale d'entre elles est leur tendance à entraîner les établissements dans des investissements coûteux et surdimensionnés ainsi que de nombreux interlocuteurs de la mission l'ont souligné à propos de l'exécution du plan Hôpital 2007. Ce plan a généré des effets d'aubaine qui se traduisent aujourd'hui par un accroissement des difficultés financières des établissements bénéficiaires incapables de supporter le coût d'un investissement surdimensionné par rapport à la réalité de leur activité. Le recours à des aides AC paraît inadapté au financement de l'investissement ou de l'amortissement ; l'augmentation de cette enveloppe se fait au détriment des sommes affectées aux tarifs et pénalisent indirectement l'ensemble des établissements. Au niveau régional, cette utilisation réduit les capacités de pilotage de l'ARS dont une partie des moyens est « fléchée » en direction de quelques établissements qui ne sont pas en mesure de faire face à leur endettement. En outre, les évolutions de l'ONDAM et la nécessaire maîtrise des dépenses ne permettent pas d'envisager un caractère pérenne pour ces aides régionales à l'investissement financées en AC, ce qui accentue les difficultés des établissements qui ne les reçoivent plus.
- [205] Une politique d'investissement exclusivement fondée sur la masse tarifaire présente ses propres inconvénients. Dans une construction tarifaire, tous les paramètres sont pondérés, lissés pour obtenir des tarifs homogènes et respectueux de l'ONDAM hospitalier. Cette approche ne tient donc pas compte des spécificités des établissements. Cette politique « tarifaire » ne dispense donc pas les pouvoirs publics de débloquent des enveloppes spécifiques pour financer des opérations à l'échelle nationale.
- [206] La clarification par la tutelle de la politique d'investissement hospitalière doit apporter des réponses aux établissements, en indiquant par exemple que les tarifs doivent servir à financer l'investissement courant – qui reste à définir –, tandis que des allocations de ressources supplémentaires (type Hôpital 2007 et 2012) servent à assurer les investissements structurants.
- [207] Enfin, les autorités de tutelle doivent préciser comment elles viendront en aide aux établissements lourdement handicapés par le poids de leurs amortissements et des frais financiers. Les gels de crédits décidés lors de la campagne budgétaire 2011 ont suscité des inquiétudes dans la communauté hospitalière qui craint que désormais, l'Etat ne tienne pas ses engagements quant aux versements d'aides exceptionnelles.

Recommandation n°7 : Définir au niveau national une doctrine de l'investissement hospitalier : clarifier et rendre lisible les modalités de financement de l'investissement respectivement par les plans exceptionnels et les tarifs ; clarifier l'utilisation des AC en matière de financement des investissements

2.2. Ces évolutions ne produisent que des effets encore limités sur la stratégie globale des établissements et la régulation régionale

2.2.1. La meilleure connaissance des coûts financiers et du suivi de l'activité médicale n'ont pas conduit à des modifications brutales des activités médicales et de la stratégie des établissements

2.2.1.1. Des évolutions ciblées des pratiques et organisations médicales

- De façon globale en premier lieu, l'instauration de la T2A coïncide avec une augmentation de l'activité, d'où le débat sur l'effet inflationniste de la T2A.

- [208] Les études internationales sur le sujet constatent toutes une augmentation du volume d'activité, dont la cause est en première analyse à rechercher autant dans un effet « codage » (qualité-exhaustivité) que dans un effet « rattrapage » (gestion des files d'attente) : ainsi dans de nombreux pays d'Europe du nord, en Australie ou en Angleterre, le financement à l'activité, couplé à des incitations tarifaires ciblées, a conduit à une réduction sensible des temps et des listes d'attente, et donc accéléré le turn-over et le nombre de patients pris en charge : mais c'était précisément là un de ces objectifs. Mais la tendance est également à une augmentation du nombre d'actes.

[209] En France également, l'activité a augmenté de façon non négligeable. Pour 2010, cette augmentation se confirme à la fois en volume d'activité (+1,3% par rapport à 2009 – total hospitalisation et séances dans les établissements publics et privés) et en valeur (+3,1%)²², avec une augmentation tant en activité qu'en valeur supérieure dans les établissements publics et ESPIC à celle constatée dans les établissements privés. Pour 2011, l'estimation présentée au Parlement fait état d'une augmentation attendue de +2,4% en valeur.

[210] Les causes de cette augmentation d'activité depuis 2008 sont multiples :

- une partie de l'augmentation est liée à celle des séjours, mais l'essentiel en revient à un meilleur codage (tant en exhaustivité qu'en qualité), en particulier de la part des établissements publics : l'ATIH évaluait ainsi l'effet codage à 2,9%²³ pour mars-décembre 2009 (pour une augmentation totale d'activité de 3,7% sur l'année 2009). La DGOS invoque, outre cet effet codage, une évolution de la lourdeur des prises en charge, ce que corrobore la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dont les données font apparaître un accroissement des niveaux de sévérité au niveau des catégories moyennes de diagnostic (CMD) ;
- autre cause de cette l'augmentation d'activité, c'est une explication du président de la CME du CHU de Lille, une meilleure couverture de besoins jusqu'alors non couverts : une telle explication rejoint les constats faits à l'étranger sur la réduction des temps d'attente ;
- enfin, une part de l'augmentation constatée des établissements publics se fait par transfert d'activité du privé vers le public.

[211] Cette augmentation du volume de l'activité hospitalière ne proviendrait pas en revanche d'un transfert de la ville vers l'hôpital selon la CNAMTS qui n'a pas constaté de baisse significative de l'activité de ville dans des études réalisées au niveau départemental.

[212] Il faut aussi souligner l'effet sur la recherche d'activités nouvelles induit par le principe même de la T2A. La régulation prix-volume (baisse des tarifs quand l'activité augmente), conduit même de manière perverse à augmenter cette activité pour maintenir un niveau de recettes identique.

[213] Ces constats au niveau global se vérifient dans les établissements rencontrés par la mission.

[214] Au-delà de ces causes, on ne peut exclure a priori un codage plus opportuniste qu'optimisé – d'autres pays l'ont constaté (cf. annexe 2) - ou qui mérite une analyse plus fine. La CNAMTS pointe ainsi lors de notre entretien l'utilisation accrue de services à suppléments, à l'image de la surveillance continue, surtout en CHU (+13%).

- La T2A a eu un effet sur l'évolution de certaines pratiques médicales et des modes de prises en charge.

Tableau global de l'activité hospitalière par grands types de prise en charge : des évolutions intéressantes

- une stabilisation de l'hospitalisation complète (-0,1%) en 2010, plus sensible dans les établissements privés qu'ex-DG ;
- une augmentation de l'hospitalisation de jour et singulièrement l'hospitalisation sans nuitée (+1%) là aussi de manière plus sensible dans le privé que les ex-DG. Pour les 19 actes racines en chirurgie ambulatoire, la croissance est plus importante dans les établissements publics que privés (séjours de niveau J en croissance de +8,7%) ;
- une évolution sensible à la hausse des séances et actes externes, avec un « effet T2A » pour la CNAMTS qui relève un accroissement important des séances en centres hospitaliers (+5% séances et + 8% pour les molécules onéreuses entre 2009 et 2011) en lien avec « leur bon rapport ».

²² Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité - DGOS

²³ Un effet d'ailleurs sous-évalué puisque la hausse anticipé de l'activité en volume économique avait été estimé à 2,1% pour cette année 2009

- [215] Au-delà de ces évolutions globales, l'impact de la T2A sur l'évolution des pratiques médicales est perçu comme fort par 85% des directions et des présidents de CME et 69% des responsables de pôles. De fait, la mission a constaté quelques impacts, ciblés mais marquants dans la vie des communautés hospitalières, de l'instauration de la T2A. Si ces évolutions coïncident avec la mise en œuvre d'un nouveau mode de financement, il est difficile de les imputer à la seule T2A. En revanche, il est constaté que ce nouveau mode de financement a servi de catalyseur, parfois puissant, à ces modifications de pratiques et d'organisations.
- [216] L'impact qui ressort en premier lieu des entretiens est celui sur la DMS, avec des réductions constatées dans le public comme le privé, mais surtout une attention très forte désormais portée à cet indicateur. Cette tendance est constatée dans la plupart des pays qui ont mis en place ce mode de financement. Cette volonté de réduire autant que possible le séjour en court séjour, directement influencée par l'effet tarif mais aussi les bornes et la nécessité d'optimiser les taux d'occupation, s'est accompagnée d'un travail accru de recherche de lits d'aval et de contacts plus étroits avec la ville pour le suivi de certains patients.

Tableau 2 : Evolution de la DMS (CMD hors GHM en J ou T et hors séances)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Secteur public et ESPIC	7,8	7,7	7,7	7,6	5,7	6,1
Secteur privé	5,6	5,5	5,4	5,4	4	4,1
Total	7,1	7	7	7	5,2	5,5

Source : Données ATIH- nombre de jours

- [217] La mise en place de la T2A s'est aussi traduite par une nécessité accrue de savoir « ce qu'on l'on fait vraiment, où l'on est, quel est le temps passé au pied du malade ». Ce qui s'est traduit par des actions pour mieux garantir la réalité du temps médical, et revenir à un paiement des gardes et astreintes conforme aux textes dans plusieurs établissements.
- [218] Autre développement pour lequel la T2A a contribué à faire évoluer les pratiques : celui de la chirurgie ambulatoire et plus largement des modes de prise en charge ne nécessitant pas une hospitalisation longue. Ce développement est particulièrement important dans le secteur public, pour lequel les taux étaient très inférieurs au secteur privé. L'étude récente demandée par la DREES sur les réactions des établissements de santé aux incitations tarifaires²⁴ constate des évolutions importantes de la proportion de chirurgie ambulatoire pour les 19 actes marqueurs, tout en relevant une grande disparité des taux d'évolution selon les actes et l'existence d'un potentiel encore important de développement.

²⁴ Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires – Evelyne Cash-Roland Cash-Catherine Dupilet – juillet 2011 - DREES

[219] Cette évolution se retrouve pour les établissements rencontrés par la mission, avec une tendance globalement identique, malgré des taux sensiblement différents pour une même catégorie d'établissements. Les établissements publics – mais pas les privés - confirment avoir réagi au mode de financement tout d'abord, parce que la T2A implique de raisonner en activité et non plus en lits ; l'incitation tarifaire et plus globalement le message porté par les autorités de tutelle sur le développement de ce mode de prise en charge (DGOS et CNAMTS avec l'entente préalable), de même qu'une attente réelle des patients ont accentué le mouvement. Tel CHU, pour lequel le développement de l'ambulatoire est particulièrement important pour les 18 gestes marqueurs (+ 64% entre 2007 et 2010) renvoie aussi aux très mauvais indicateurs de santé en termes de morbidité et à l'importance de besoins non couverts. L'effet substitution et augmentation aurait donc joué, même sans incitation, du fait de la pression de la demande ; mais l'incitation a clairement accéléré le mouvement. La même tendance à l'accélération de la prise en charge en ambulatoire est observée dans tous les pays qui sont passés à la tarification à l'activité.

Tableau 3 : Evolution de la prise en charge ambulatoire 2008-2010 – échantillon mission

		2007	2008	2009	2010
Privé 1	taux de Chir amb	38,6	39,4	40,3	40,8
	taux des 18 gestes marqueurs	68,9	69,9	73,3	74,2
Privé 2	taux de Chir amb	36,2	37,9	39,6	40,8
	taux des 18 gestes marqueurs	54	56,2	58,9	66,2
Espic 1	taux de Chir amb	18,4	23,3	25,1	25,2
	taux des 18 gestes marqueurs	32,6	47,5	51,7	44,3
Espic 2	taux de Chir amb	26,9	31,7	38	42,3
	taux des 18 gestes marqueurs	34,2	44,8	54,6	59,4
CLCC	taux de Chir amb	30,2	30,6	29,6	29,5
	taux des 18 gestes marqueurs	1,4	2,7	0,6	0
CH 1	taux de Chir amb	17,9	19	16,8	21,4
	taux des 18 gestes marqueurs	25,7	26,2	24,4	28,5
CH 2	taux de Chir amb	20,5	24,9	26,5	26,7
	taux des 18 gestes marqueurs	51,5	61,6	62,5	62,9
CH 3	taux de Chir amb	15,8	19,8	22,4	22,3
	taux des 18 gestes marqueurs	22,7	39,7	48,3	43,3
CHR	taux de Chir amb	20,4	21,2	24,4	25,4
	taux des 18 gestes marqueurs	33,4	41,4	49,8	53,4
CHU 1	taux de Chir amb	22	21,3	23,6	25,5
	taux des 18 gestes marqueurs	26,3	28,6	41,2	43,2
CHU 2	taux de Chir amb	19,5	21,6	24	24,6
	taux des 18 gestes marqueurs	35,6	41,5	48,3	49
CHU 3	taux de Chir amb	20,6	22,6	23,2	24,3
	taux des 18 gestes marqueurs	40,2	47,5	49,4	50,9
CHU 4	taux de Chir amb	15,2	15,4	16,2	18,7
	taux des 18 gestes marqueurs	18,3	22	27,2	33,4

Source : Hospidiag - SNATIH

[220] Un autre effet signalé est celui d'une « seniorisation » des équipes, essentiellement pour gagner du temps et garantir l'efficacité des décisions et des actes. Cette « seniorisation » prend des formes routinières dans les pôles et les services : les prescriptions, autorisations de sorties, mais également certains actes sont effectués sous le contrôle direct, voire directement par des médecins « seniors », en l'occurrence des médecins expérimentés, afin d'assurer la plus grande efficacité de l'acte au regard des contraintes posées par la T2A. Cette situation, si elle est conforme à l'intérêt financier de l'établissement, leur apparaît parfois contradictoire avec certaines missions des établissements de santé, et notamment avec celle de formation des futurs médecins. Il n'a pas été possible de documenter la réalité de cette tendance, signalée néanmoins à la mission par la plupart des établissements publics et ESPIC visités.

➤ Un effet encore modeste sur les organisations

[221] Nombre de réflexions en cours sur l'optimisation des organisations sont liées, au moins indirectement, à l'effet de la T2A qui a contribué à révéler des déficits et donc des coûts excessifs de tout ou partie des processus de production de soins. La réflexion aurait pu se développer, ne serait-ce que sous l'empire de la contrainte budgétaire ou de l'apparition de déficits, mais l'effet catalyseur de la T2A a joué.

[222] Cet effort d'optimisation voire de refonte des organisations, accompagné parfois par la MEAH puis l'ANAP, s'est ainsi accéléré. Tel centre hospitalier indique ainsi avoir totalement réorganisé son bureau des entrées en lien direct avec l'évolution du mode de financement. Ce service était peu structuré, les personnels peu formés et peu encadrés et les métiers peu valorisés ; en résultaient des dysfonctionnements importants (attentes notamment en consultations externes, délais de saisie des données, retard ou défaut de valorisation) qui sont devenus des handicaps majeurs avec la T2A. Une fusion des équipes des bureaux des entrées d'hospitalisation et des entrées des consultations et actes externes, une refonte des organisations et des locaux, l'instauration de procédures permettant de tracer l'activité et les délais ont permis de réduire de manière significative ces dysfonctionnements. La remobilisation des équipes qui en a résulté a permis de parvenir à une quasi-exhaustivité de l'enregistrement des données y compris sur l'activité externe, avec un impact bénéfique en termes de qualité d'accueil des patients. Tel autre établissement a choisi de déconcentrer le bureau des entrées dans les services de soins pour rapprocher la saisie des données du lieu des soins, avec comme résultat l'augmentation de taux de recouvrement sur les consultations – de 75% à 99% en moins de 3 ans.

[223] Plusieurs opérations ont consisté en des regroupements pour dégager des gains en coûts de structure : ainsi du regroupement de l'ensemble des patients d'hospitalisation disséminés dans plusieurs bâtiments, en isolant chirurgie ambulatoire, hôpital de jour et hôpital de semaine dans une unité qui ferme le week-end ; du travail sur la pharmacie et l'optimisation du circuit du médicament (jusqu'à la mise en place d'un circuit totalement informatisé avec distribution individuelle nominative), ou du choix fait, compte tenu des coûts de production et des tarifs, d'externaliser certaines activités (logistiques le plus souvent, mais aussi biologie pour un centre hospitalier de taille modeste qui a préféré confié cette activité aux laboratoires de ville à défaut de pouvoir faire baisser le coût de son B de façon suffisante). L'externalisation est un mouvement engagé antérieurement à la T2A, mais le niveau des tarifs par rapport aux coûts de tel ou tel établissement a accéléré les choix de réorganisation.

[224] Nombre de réorganisations en cours ou initiées portent sur les blocs opératoires. Cette réorganisation des blocs constitue d'ailleurs un axe de plus de la moitié des contrats de performance signés avec l'ANAP. Le sujet est plus délicat à faire évoluer rapidement car il implique une réflexion sur le temps médical qui peine parfois à se mettre en œuvre.

[225] Mais ces réflexions plus portées par les gestionnaires et, aujourd'hui il est vrai, certains responsables de pôles, restent encore insuffisamment abouties.

2.2.1.2. Des réflexions stratégiques intéressantes mais qui ne jouent qu'à la marge sur l'offre de soins proposée à la population

- [226] S'agissant de la capacité à réagir ou non aux tarifs, il faut distinguer entre secteur public et secteur privé. Ce dernier est plus libre de choisir son secteur d'activité ou de réorienter ses activités en fonction du gain attendu. On citera simplement l'exemple des opérations de la cataracte, fort bien rémunérées par les tarifs jusqu'à la dernière campagne et sur lesquelles les cliniques privées se sont largement positionnées.
- [227] Le discours présenté à la mission par les cliniques privées ou leurs représentants affiche une stratégie nouvelle : celle d'aller vers la disparition de petites cliniques MCO mono-activité ou avec un panel d'activités resserré, pour diversifier l'offre. La T2A en serait en partie à l'origine, d'une part du fait des efforts de rationalisation et de baisse des coûts qu'elle a provoqué dans le secteur public, lequel a repris des parts de marché au secteur privé, et d'autre part, de la volonté de n'être pas dépendant de quelques GHS dont les tarifs peuvent fluctuer d'une année sur l'autre. Que ce soit au niveau d'un grand groupe national comme d'un groupe départemental très bien implanté, « la polyvalence a de l'avenir » avons-nous pu ainsi entendre. Il est trop tôt pour en mesurer les effets. Pour les établissements privés rencontrés par la mission, le nombre de GHM représentant plus de 80% des séjours est relativement stable sur les trois dernières années et reste deux à trois fois moins élevé que pour les CH ou les CHU. Les données récentes de la CNAMTS et de la DREES confirment pour l'instant la spécialisation des secteurs publics et privés sur des activités relativement différenciées, et beaucoup plus ciblées pour le secteur privé. Localement toutefois, cette stratégie peut avoir un impact qu'il sera intéressant d'analyser à plus long terme.
- [228] Les échanges avec les directions et médecins des établissements publics et ESPIC rencontrés par la mission font apparaître que l'introduction du financement à l'activité a fait émerger de façon sensible des réflexions sur ce que pourrait être la réorientation de l'activité. Il s'agit de faire face à la nécessité de réduire les coûts et aux limites à l'augmentation des recettes par le développement de stratégies d'alliances sur les territoires, auxquelles pousse d'ailleurs la loi HPST, entre établissements publics, mais également entre établissements privés et publics. L'analyse des conditions d'une coopération efficace et des limites de cette coopération est renvoyée au rapport IGAS rapport fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour ses 15 dernières années?
- [229] L'outil T2A comme « prime » au développement de l'activité propre de chaque établissement peut paraître en contradiction, en tant qu'il est porteur de compétition entre structures, avec la notion même de coopération inter-établissements. De fait, si elle a un impact positif sur le dialogue interne à l'établissement (cf. supra §1.2), la tarification à l'activité incite l'établissement à développer sa propre activité, dans un contexte où l'enveloppe budgétaire est fermée. Or la croissance du besoin de soins hospitaliers n'est a priori pas extensible de manière justifiée, ce qui a comme conséquence une concurrence accrue entre établissements de santé.
- [230] Pour autant et compte tenu de l'organisation de notre système de soins en niveaux de recours, avec un réseau d'établissements dont les rôles sont différents, et parce que la T2A se développe dans un espace par ailleurs régi par une planification régionale et des autorisations, la coopération peut être une solution pour conforter des activités ou plus encore des filières.
- [231] La mission a constaté des initiatives très intéressantes en la matière. Ainsi de la mise en place de groupements de coopérations sanitaire (GCS) de moyens entre deux CH pour organiser la présence des chirurgiens d'un des CH dans le second et maintenir une activité dans ce dernier, en permettant au premier de récupérer des patients plus lourds qui se faisaient soigner ailleurs ; ainsi de la coopération entre tel CH et tel CHU pour développer la chirurgie cardiaque en recours au CHU ; ou de la filière Oncologie mise en place entre un CHU et un CH avec des praticiens à temps partagé. Ou encore de tel GCS de moyens entre un CH et les cabinets de ville pour la prise en charge de l'imagerie médicale, avec le choix d'un GCS privé et d'une rémunération à l'acte pour éviter la coexistence de tarifs et de plages public/privé. Il s'agit bien là autant de gérer l'existant que de développer de nouvelles activités.

- [232] Ces recompositions stratégiques n'ont toutefois pas conduit à une mutation en profondeur du case-mix des établissements comme l'illustrent les données de l'ATIH et de la CNAMTS.
- [233] Révélateur sans aucun doute d'une situation financière, la T2A n'est que l'une des données dans le choix d'un établissement de développer telle ou telle activité ou coopération. Ainsi, tel CH indique à la mission avoir développé en 2011 une unité de soins palliatifs certes parce que le tarif était incitatif, mais surtout parce que d'une part, ce développement correspondant à un besoin identifié dans le SROS, avec une activité potentielle importante et que d'autre part, la présence d'une équipe médicale motivée, une démographie médicale favorable et l'organisation de l'établissement permettaient ce développement dans des conditions favorables. Ailleurs, c'est la nécessité de conserver un avantage concurrentiel qui peut motiver l'investissement ou le développement d'une activité (exemple souvent cité des robots en chirurgie). L'absence de réaction à l'incitation tarifaire s'agissant de la dialyse à domicile illustre le caractère composite des causes d'une évolution de prise en charge : en l'espèce, l'étude de juillet 2011 précitée²⁵ pointe, parmi les raisons du peu de réaction, l'arrivée fréquente en urgence, l'âge plus élevé des patients à l'entrée en dialyse, un dialyse transitoire dans certains cas, une réticence des patients qui hésiteraient à « faire entrer la maladie au domicile », les écoles et pratiques médicales ; on peut y ajouter la logique même de la T2A qui n'incite pas les établissements dotés de gros centres de dialyse, dans le secteur privé comme public, à diminuer leurs recettes, d'autant qu'ils peuvent avoir besoin de financer leur investissement. Dans cet exemple, non seulement l'incitation tarifaire ne joue donc pas, mais c'est même le mode de financement qui contribue à l'échec de l'incitation.
- [234] Un établissement, et c'est notamment le cas des établissements publics ou ceux ayant des missions de service public, ne peut au surplus définir sa stratégie indépendamment du contexte local et régional. Or celui-ci, au-delà des besoins de santé de la population, dépend de facteurs dont la maîtrise échappe largement à l'établissement lorsqu'il doit assurer ici une restructuration, là une reconversion : sa place d'employeur public et la perception qu'en ont les populations et les élus comme enjeu d'aménagement du territoire, le rang symbolique que confère son implantation sur un territoire dans l'imaginaire collectif au même titre que d'autres services publics jouent un rôle déterminant..
- [235] La mission remarque toutefois que la réflexion de l'établissement public est plus centré sur son activité et la situation financière qui en découle que sur une approche véritablement claire de sa place dans le territoire, de son recrutement (au delà du discours souvent entendu, et probablement fondé dans la très grande majorité des cas, sur le fait que tous les pauvres et les précaires vont à l'hôpital public), de ses parts de marché ou ses taux de recours, à la différence du privé.

2.2.2. Ces évolutions des techniques de management ne produisent que des effets limités sur la régulation régionale

2.2.2.1. Les ARS s'impliquent dans le suivi financier et comptable des établissements de santé publics

- [236] La mission note une relative homogénéité des organisations dans les ARS rencontrées : le suivi de la performance est généralement intégré à la direction de l'offre de soins (qui peut être simplement hospitalière) ou être une direction commune à l'hospitalier et au médico-social. Dans tous les cas, une équipe dédiée est mobilisée sur le suivi des établissements, avec des relais plus ou moins importants dans les départements en fonction du rôle dévolu aux délégations territoriales. Le lien n'apparaît toutefois pas évident entre ces services et la direction de la stratégie.

²⁵ Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires, Opus cit.

- [237] De plus, l'arrivée de nouveaux métiers (médico-social et gestion du risque notamment) d'une part, la nécessité, d'autre part, de mettre en place la structure elle-même et les instances (conseil de surveillance, conférence régionale de la santé et de l'autonomie, collectivités territoriales), l'exigence enfin à produire dans les délais impartis les documents de planification (schéma régional d'organisation des soins - SROS -, projet régional de santé - PRS-), expliquent selon les ARS qu'elles se soient encore peu investies dans le champ de la régulation et de la restructuration de l'offre de soins, et se soient pour l'heure contentées, pour l'essentiel, de rester dans les sillons tracés par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et de stabiliser les grands axes de leur politique. Certaines ne s'estiment, en outre, pas « parfaitement au clair en termes d'outils ». Enfin un sujet est toutefois fréquemment revenu : celui d'un turn over important des personnels à la faveur de la création des ARS, avec une certaine perte de « mémoire » par rapport aux ARH.
- [238] Les ARS mettent en place divers suivis des établissements et de l'offre hospitalière qui consistent essentiellement en :
- l'analyse des retraitements des données comptables, dont la plupart estiment qu'ils ne sont pas toujours bien remplis ;
 - un suivi par établissement qui comprend :
 - o l'examen et l'approbation de l'EPRD ;
 - o celui des PGFP ;
 - o un tableau mensuel des suivis des recettes qui alimentent les arrêtés et une analyse de l'activité des établissements de santé sur la base du tableau de chacun.
- [239] Ce suivi est parfois perçu par les établissements comme générateur d'alourdissement du travail des équipes, qui sont sollicités pour fournir indicateurs et explications, dont certains établissements considèrent que l'agence a du mal à les exploiter, en partie du fait de moyens insuffisants.
- [240] Des revues de gestion spécifiques sont faites pour les établissements sous plan de retour à l'équilibre financier (PREF), auxquels il est demandé au moins une comptabilité par pôle.
- [241] Au plan régional, les ARS se livrent à une analyse de l'activité globale des établissements de santé et produisent des notes de conjoncture qui leur permettent d'analyser les grandes tendances régionales, leurs évolutions et leurs causes. Toutes font désormais une large utilisation des données mises à disposition par le PMSI et l'ATIH ce qui permet des comparaisons a posteriori et peut orienter la définition de stratégies.
- [242] La mise en place de la structure a beaucoup mobilisé les équipes des ARS, d'où le sentiment des établissements qu'ils ont perdu dans la relation avec le régulateur régional et que la mise en place des ARS s'est traduite par un désengagement de ce service, appelé à agir sur trop d'autres fronts.
- [243] La mission a constaté une réelle sensibilité au suivi financier et comptable, déjà mis en place par les ARH d'ailleurs, mais qui se développe et s'approfondit, sans véritable changement de paradigme ; à ce stade, l'inscription d'une offre hospitalière régionale consolidée dans l'offre globale de soins et de santé du territoire n'est pas encore présentée comme un enjeu.

2.2.2.2. Mais la T2A n'est pour l'instant pas un levier de la restructuration hospitalière

- [244] La T2A agit comme révélateur de difficultés financières des établissements (cf. partie 2.1) mais les ARS estiment que le calendrier tardif de validation des EPRD (notamment due au délai de notification des tarifs et des MIGAC) ne permet pas de réagir suffisamment rapidement auprès d'un établissement. Ainsi l'ARS Rhône-Alpes souligne-t-elle que le premier retour fiable par rapport à l'exécution se fait au plus tôt en septembre, alors même que certaines décisions ou investissements sont déjà lancés.

- [245] La T2A n'a donc rien amélioré sur le plan du calendrier et de la réactivité de la tutelle auprès de chaque établissement.
- [246] Mais surtout, la consolidation et le passage du micro-économique (établissement) au macro-économique (région) reste encore à construire véritablement, tout comme le passage à la phase décisionnelle.
- [247] Au-delà des notes de conjoncture assez globales, de premières analyses plus fines de l'activité hospitalière ont été réalisées par territoire sur la base des comptes financiers 2010 (exemple de l'Aquitaine), mais cette consolidation ne permet pas encore d'identifier finement les causes des grandes tendances constatées. Certaines ARS relèvent qu'elles n'ont pas non plus de visibilité d'ensemble sur les transferts ville-hôpital.
- [248] Quelques études ciblées sont également menées, soit sur certains établissements, soit sur des territoires ou des financements (exemple d'une étude sur la mise en place de la MIG cancérologie en Aquitaine).
- [249] Il semble en revanche plus difficile de transformer ces éléments, au demeurant encore insuffisants, en vision prospective pour éclairer des décisions de réorganisation de l'offre. Les ARS n'utilisent pas vraiment la T2A comme levier ; elles constatent au mieux ses effets a posteriori.
- [250] La T2A est perçue exclusivement comme outil d'allocation de moyens, non comme un outil d'aide aux réorganisations. Ainsi a-t-on pu dire à la mission « qu'on a plutôt le raisonnement suivant : si on peut maintenir une offre de soins, on le fait, en soutenant au besoin » par l'utilisation du critère d'exception géographique et des appuis en AC.
- [251] Certes, les ARS sont placées devant la contradiction qui consiste à encourager la réduction des déficits hospitaliers tout en limitant le recours à l'hôpital mais elles pèsent au demeurant trop peu sur les décisions de réorganisations qui s'imposeraient, en laissant parfois la responsabilité aux établissements eux-mêmes. (Rapport IGAS Fusions et regroupements : quel bilan pour ses 15 dernières années, notamment sur les communautés hospitalières de territoires).
- [252] Toutes les ARS soulignent par ailleurs le caractère inquiétant de l'endettement des hôpitaux, et indiquent avoir refusé d'approuver plusieurs PGFP, sans qu'il n'y ait de consigne ni de formalisation d'une position nationale sur cet endettement (cf. supra 2.1).
- [253] Pour autant, les ARS disposent de leviers, même si elles les jugent parfois insuffisants :
- les outils de planification PRS, SROS hospitalier et ambulatoire, sont essentiels, mais l'approche reste trop exclusivement planificatrice et néglige le lien à faire entre planification et équilibre financier des établissements (Rapport IGAS Fusions et regroupements : quel bilan pour ses 15 dernières années). L'identification des besoins est bien faite, mais le PRS n'annonce pas toujours des restructurations claires encore moins des fermetures ; il pose le plus souvent des critères généraux : démographie médicale, sécurité sur lesquels l'ARS pourra s'appuyer ;
 - les autorisations, bien que ne concernant que quelques activités, sont un levier puissant ;
 - des leviers financiers, dont les ARS dénoncent la fragilité, un discours conforté en 2011 par le gel d'une partie importante des AC, puis d'un « dégel » annoncé en toute fin d'année ; elles font valoir la difficulté de la relation avec les établissements liée à cette incertitude sur le montant de leurs recettes. Le montant total des MIGAC votées a augmenté de plus de 50% depuis 2006, mais une partie importante des crédits est totalement fléchée, dont une partie non négligeable destinés à soulager le surendettement de certains établissements.

- [254] La logique d'efficacité des établissements et d'équilibre des comptes est certes parfois contradictoire avec celle de maintien de services de soins de proximité, voire d'une logique d'aménagement du territoire. Ceci peut conduire à maintenir une offre surdimensionnée dans un territoire : les exemples ne manquent pas de projets surdimensionnés, financés «de manière irresponsable» selon la DGOS dans le cadre du plan Hôpital 2007 et, la mission le craint au travers d'exemples qui lui ont été présentés, du plan Hôpital 2012. S'agissant de financements exceptionnels par le biais de plans, la décision de financement public, si elle est imposée à l'ARS par le ministère, ne doit pas peser sur ses moyens et partant sur l'ensemble de la politique régionale de santé. Si elle résulte d'un contrôle insuffisant de la tutelle régionale sur le projet, il appartient au niveau national de s'y opposer.
- [255] Enfin, la réorganisation plus globale d'un « parcours » de soins qui reste encore très virtuel passe par la clarification des rôles en matière de gestion du risque. La mission n'a pas perçu au sein des ARS, qui se sont vues confier des compétences sur ce sujet sans pour autant que la CNAMTS ne s'en désengage, une vision très claire de leur rôle²⁶. Plusieurs ARS ont ainsi évoqué des programmes régionaux de gestion du risque très limités à ce stade.
- [256] Le constat est au total celui d'une très grande difficulté des ARS, pour les diverses raisons invoquées supra, à faire bouger l'offre hospitalière et en particulier l'offre hospitalière publique au point que l'une des ARS auditionnées indiquait à la mission, évoquant les petites cliniques isolées avec une activité faible et pas de soutien en MIGAC, que «la clinique devient [leur] marge d'ajustement».
- [257] Au total, si la T2A agit comme révélateur d'une situation financière difficile résultant d'une sous-activité ou d'une efficacité insuffisante, elle n'influe qu'à la marge sur la restructuration de l'offre hospitalière ; celle-ci est conduite bien plutôt sous la pression de la démographie médicale, du respect des seuils pour les activités qui y sont soumises, du constat d'un risque pour la sécurité des soins que peut utiliser l'ARS ainsi que de la contrainte financière – et notamment l'impossibilité de poursuivre l'aide en AC.

2.2.2.3. La réflexion sur le contrôle de la pertinence des actes doit déboucher rapidement, pour être un nouvel outil au service des établissements comme des autorités de régulation régionale et nationale

- [258] Les contrôles de l'assurance maladie sont ciblés sur le respect de la norme c'est-à-dire de la conformité du codage aux actes réalisés, avec bien sûr des discussions sur l'interprétation de celle-ci. Ces contrôles sont à l'évidence mal perçus par les établissements, d'autant que les pénalités qui s'y attachent, plus que les indus, apparaissent aux établissements tout à fait disproportionnés. L'importance des contestations (plus de 50% des établissements publics sollicités par questionnaire) et des contentieux après sanction (près de 50%) traduisent sans doute le choix d'une utilisation massive au recours à la fois pour retarder la sanction et sans doute pour peser sur les décisions. En cela, le nouveau décret²⁷ est une réponse à l'attente des établissements. Au demeurant, cette forte contestation peut également traduire une difficulté à s'approprier de nouvelles règles (exemple des actes frontières).

²⁶ Cf. rapport sur la gestion du risque ou GDR – IGAS – mai 2010

²⁷ Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé

- [259] Les Comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM), supprimés par la loi HPST ont été maintenus comme espace de discussion dans l'ensemble des régions rencontrées par la mission. Les établissements de santé y dénoncent l'absence des médecins du régime général, alors que les médecins de la MSA et du RSI continuent de participer. La CNAMTS a mis fin à cette participation qui plaçait ses médecins en situation de conflit d'intérêt, en raison de la présence importante au COTRIM de médecins DIM des établissements susceptibles d'être contrôlés. La mission entend ces raisons, mais l'amélioration de la qualité du codage passe nécessairement par une action de pédagogie à laquelle les médecins contrôleurs peuvent contribuer au premier chef. Elle prend note que la CNAMTS n'exclut pas sa participation dans les ex-COTRIM pour une expertise technique ponctuelle. La nouvelle réglementation mise en vigueur à l'automne sera également l'occasion de travailler différemment.
- [260] Au-delà de ce contrôle de la qualité se pose la question plus complexe mais essentielle de la pertinence des actes. L'augmentation d'activité, on l'a dit plus haut, relève en très grande partie d'un effet codage et d'une meilleure valorisation de l'activité surtout dans le secteur public (nous ne sommes que dans la 4^{ème} année de 100% T2A).
- [261] Mais le constat en 2008 d'une forte augmentation de l'activité du secteur privé pouvait déjà amener à se poser la question.
- [262] La récente étude demandée par la DGOS et la DREES donne un premier éclairage globalement rassurant sur l'hôpital : 10% seulement des lits occupés à l'hôpital le sont de manière inadéquate (avec un très faible pourcentage en chirurgie, 5%), et moins de 10% des séjours présentent une inadéquation, le plus souvent au cours du séjour et non à l'admission²⁸.
- [263] Néanmoins, la CNAMTS constate aujourd'hui quelques tendances qui mériteraient d'être analysées, et notamment :
- l'augmentation d'actes codés du niveau 4 de sévérité sans augmentation concomitante des soins intensifs et de réanimation ;
 - une évolution très importante des activités externes : ainsi une augmentation très forte est relevée dans cinq régions françaises (+10,6% d'augmentation pour les activités externes en secteur public contre +3,6% dans le secteur libéral²⁹), et des « cotations étonnantes »³⁰ sur le premier semestre 2011.
- [264] Localement, plusieurs ARS ont indiqué à la mission considérer que l'augmentation d'activité va désormais au-delà de la seule valorisation optimale du codage. L'une d'entre elles illustre ce constat par la baisse constatée régionalement, suite à une série de contrôles ciblés, des actes en soins palliatifs après suppression des comorbidités associées. L'absence de contrôle pendant un an en l'attente du nouveau décret s'est traduite par une nouvelle augmentation.
- [265] Un certain nombre de travaux ont d'ores et déjà été conduits dont une étude de la CNAMTS sur l'appendicectomie et la césarienne programmée³¹.
- [266] Sur le premier acte, cette étude permet de relever une baisse significative des interventions depuis 2006 (-11%), en particulier chez les jeunes de moins de 20 ans (-20%) et les femmes (-14%). Au-delà de cette tendance générale, on observe toutefois deux points qui mériteraient une approche plus approfondie : d'une part la diminution des actes se concentre sur le secteur privé (- 20% contre 3,6% dans le secteur public) ; d'autre part le taux de recours à cette intervention varie du simple au double selon les départements.
- [267] S'agissant de la césarienne programmée, l'évolution globale est à la hausse, avec deux observations là aussi : un taux de recours qui varie de 1 à 3 selon les départements, et un recours de 3 points supérieur dans le secteur privé (9,4% contre 6,6%).

²⁸ Les inadéquations hospitalières en France : fréquence, cause et impact économique – Albane Exertier – Christelle Minodier DREES - in Le panorama des établissements de santé 2011

²⁹ Ville ou clinique

³⁰ Comparaison ATIH-CNAMTS des données hospitalières et libérales sur 5 régions – 1^{er} semestre 2011

³¹ CNAMTS– Point d'information 29 septembre 2011 Appendicectomie et césarienne programmée

- [268] D'autres études plus ciblées ont été menées dans certaines régions par l'assurance-maladie sur le taux d'ana pathologie. Ainsi en région PACA, cette étude avait permis d'identifier, pour un taux régional moyen de 30%, quelques établissements à 72%.
- [269] L'objectif est de poursuivre les travaux sur la césarienne programmée, le canal carpien, l'appendicectomie et la cataracte. Il ne s'agit pas d'estimer a priori non pertinent tout établissement qui serait au-dessus d'une moyenne idéale (ou d'ailleurs en-dessous), mais plutôt de repérer les écarts inexplicables sur la base d'un ensemble de critères définis a priori (théorie du « faisceau d'indices » selon la CNAMTS), et d'investiguer ensuite, pour identifier les causes possibles de ces écarts, sur la base de référentiels sur lesquels la HAS a commencé ses travaux.
- [270] Ces constats méritent à l'évidence d'une part d'être systématisés, d'autre part de déboucher sur des analyses plus précises, adossées à des recommandations de bonnes pratiques, qui permettent d'éviter un recours excessif aux soins et d'assurer et optimiser l'allocation des ressources vers les soins appropriés.
- [271] Que ce soit du côté des établissements publics comme privés, des fédérations ou des autorités de tutelle, ce développement du contrôle de la pertinence des actes fait l'objet d'un consensus largement exprimé auprès de la mission. Il ne reste donc qu'à le développer sans tarder.
- [272] Ce contrôle est en effet le pendant indispensable de la T2A et des forfaits GHS, il contribuerait à la régulation du développement de l'activité auquel incite ce mode de financement.

Recommandation n°8 : Mettre en place sans tarder un véritable contrôle de la pertinence des actes dans les établissements de santé publics et privés.

Recommandation n°9 : Faire du contrôle de la pertinence des actes un axe important des programmes régionaux de gestion du risque.

Recommandation n°10 : Faire de la pertinence des actes une des dimensions du management des établissements, notamment par le biais de la contractualisation dans les établissements publics.

Conclusion

- [273] Aux termes de ces travaux, la mission fait plusieurs constats principaux.
- [274] En premier lieu, la T2A a bien été un levier de la performance particulièrement à l'hôpital public, elle a été le catalyseur à la fois d'une prise de conscience de la nécessaire connaissance de son activité et de la maîtrise de ses coûts, elle a permis d'accélérer ou de favoriser la mise en place d'outils de suivi et de renouveler le dialogue de gestion au sein de la communauté hospitalière.
- [275] En deuxième lieu, l'acculturation à cette nouvelle règle du jeu gagne du terrain. La T2A n'est pas remise en cause, et son principe comme ses implications sont progressivement appropriées et acceptées par les acteurs, au moins ceux engagés dans la gouvernance des établissements.
- [276] Pour autant et au-delà des progrès qu'on peut encore attendre tant en termes de gestion que de gouvernance, certaines des modalités d'application sont encore mal comprises : ainsi des écarts coûts-tarifs et des choix de valorisation de certains actes, du manque de valorisation des bonnes pratiques qui font progresser la qualité de la prise en charge, des injonctions contradictoires apparentes (développer de l'activité pour maintenir un niveau de recettes tout en développant une prise en charge non hospitalière, etc.), ou de la clarification nécessaire sur le sujet de l'investissement.

[277] Par contre la T2A n'est pas le levier de la restructuration des établissements ni de l'offre hospitalière régionale. Si la T2A a soumis le développement d'activités nouvelles à une analyse médico-économique préalable, la mission constate qu'elle ne conduit que rarement à une réévaluation de la soutenabilité médico-économique des activités existantes, au niveau des établissements comme au niveau territorial, et que le lien est rarement fait entre les grands équilibres financiers des établissements et la planification régionale.

Anne BRUANT-BISSON

Paul CASTEL

Maurice-Pierre PANEL

Liste des recommandations

Recommandation	Autorité(s) responsable(s)	Échéance de mise en œuvre
Développer les outils d'analyse des coûts de production	DGOS- établissements	fin 2012
Favoriser la diffusion de la culture de l'efficience par des actions de formations adaptées aux différents niveaux de la gouvernance hospitalière (directeurs, chefs de pôles et médecins, cadres de santé et personnel soignant).	Etablissements	plans de formation 2012
Conforter la position de l'encadrement intermédiaire dans l'organisation polaire.	Etablissements	immédiat
Impliquer et responsabiliser les médecins dans la gestion et la gouvernance des établissements en renforçant les contenus (objectifs précis et chiffrés adaptés aux activités du pôle, délégations, intéressement) de la contractualisation interne.	Etablissements - DGOS-ARS	1er semestre 2012
Développer l'intéressement collectif, positif et négatif.	Etablissements	fin 2012
Engager la réflexion sur le développement d'une véritable responsabilité managériale et gestionnaire du chef de pôle.	DGOS	fin 2012
Clarifier et rendre lisible les modalités de financement de l'investissement respectivement par les plans exceptionnels et les tarifs. Clarifier l'utilisation des AC en matière de financement des investissements	DGOS	1er semestre 2012
Mettre en place sans tarder un véritable contrôle de la pertinence des actes dans les établissements de santé publics et privés.	CNAMTS-DGOS	fin 2012
Faire du contrôle de la pertinence des actes un axe important des programmes régionaux de gestion du risque.	ARS	révision annuelle 2013
Faire de la pertinence des actes une des dimensions du management des établissements, notamment par le biais de la contractualisation dans les établissements publics.	Etablissements	révision annuelle des contrats 2013

Fiche de mission

INTITULE PROPOSE	L'effet de la T2A sur le management des établissements de santé publics et privés
CATEGORIE	<input type="checkbox"/> Inspection/Contrôle <input type="checkbox"/> Conseil <input checked="" type="checkbox"/> Enquête/Evaluation <input checked="" type="checkbox"/> Audit (MAI, CIAP, RGPP, FSE....)
OBJET DE LA MISSION	<p>Établissements de santé publics et privés : mesurer l'impact du nouveau mode de financement sur</p> <ul style="list-style-type: none"> les processus de décision : évolution des motivations des décisions, évaluation des effets des décisions prises... les relations entre les différents professionnels (communauté médicale et équipe de direction en particulier) le fonctionnement des instances : évolution des documents préparatoires, du contenu des débats, des thèmes traités... <p>Le contenu du projet d'établissement, notamment sur le périmètre d'activité des établissements.</p>
INTERET & ENJEU DE LA MISSION	<p>Les acteurs agissent en fonction du système dans lequel ils se trouvent.</p> <p>Il est important de mesurer les évolutions des comportements depuis la mise en place de la T2A : quel est le ressenti des acteurs ? ce ressenti est-il objectivable ? quelle est le ressenti des interlocuteurs habituels des ES, en particulier des ARS.</p> <p>Le législateur souhaitait prendre en compte les évolutions d'activité, améliorer l'égalité de traitement entre établissements et inciter à l'efficacité. Ces objectifs sont-ils atteints et cela est-il ressenti par les acteurs internes ? par les interlocuteurs habituels de ES</p> <p>Évaluer les évolutions positives et celles qui le sont moins.</p> <p>Proposer, si cela paraît utile, des évolutions.</p> <p>La mission a vocation à appliquer sa grille d'analyse aux différents secteurs hospitaliers impactés par la T2A (hôpital public, privé lucratif, privé non lucratif), et à s'interroger sur le degré d'appropriation respectif du nouveau système par ces différents acteurs.</p>
PRIORITE	
DUREE & MOYENS PREVISIBLES	3 inspecteurs et CGES. Durée : 4 mois.
ASPECTS METHODOLOGIQUES Calendrier Mobilisation de compétences particulières	<p>Réalisations de visites sur place dans un échantillon d'établissements. Rencontres de personnes ressources : professionnels, chercheurs, représentants d'usagers, élus, organisations syndicales.</p> <p>Analyse des études réalisées par JC Moisson et le rapport IGAS sur les pôles.</p>
AUTEUR DE LA PROPOSITION	PY Bocquet/ PL Bras/H Garrigue-Guyonnaud
MINISTRE(S) CONCERNE(S)	Ministre de la Santé

Bibliographie

Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé - Étude qualitative d'un échantillon de 8 établissements

Jean-Claude MOISDON, Michel PEPIN - DREES n° 97 – mai 2010 – aussi in Dossiers Solidarité et Santé – DREES – n°16 2010

Tarification à l'activité et convergence tarifaire

Le financement des centres hospitalo--universitaires

Cour des comptes Sécurité sociale 2011 – septembre 2011

Étude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires

Rapport final

Évelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPILET – DREES - n° 106 – juillet 2011

Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité

Rapport 2011 au Parlement sur la convergence tarifaire

Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation

Le panorama des établissements de santé 2011 – DREES

Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières

DHOS- Sanecso – octobre 2009

Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A

Sous la présidence d'Alain Coulomb – DREES - n° 94 – septembre 2009

Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A)

Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères

Zeynep Or - Thomas Renaud - IRDES – DT n°23 -Mars 2009

Sigles utilisés

ANAP	agence nationale pour l'appui à la performance
ARS	agence régionale de santé
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAH	comptabilité analytique hospitalière
CCAM	classification commune des actes médicaux
CH	centre hospitalier
CHR	centre hospitalier régional
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHU	centre hospitalo-universitaire
CLCC	centre de lutte contre le cancer
CMA	comorbidités associées
CMD	catégorie moyenne de diagnostic
CME	commission médicale d'établissement
CNEH	centre national de l'expertise hospitalière
COTRIM	comité technique régional de l'information médicale
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA	comptes de résultats analytiques
CTE	comité technique d'établissement
DGOS	direction générale de l'hospitalisation
DIM	département d'information médicale
DMS	durée moyenne de séjour
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHESP	école des hautes études en santé publique
ENCC	échelle nationale des coûts à méthodologie commune
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
FICOM	fichier commun des structures
FMESPP	fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GHM	groupe homogène de malades
GHS	groupe homogène de séjour
HAD	hospitalisation à domicile
IGAS	inspection générale des affaires sociales
LFSS	loi de financement de la sécurité sociale
MEAH	mission nationale d'expertise de d'audit hospitalier
MIGAC	missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
ONDAM	objectif national de dépenses d'assurance maladie
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	projet régional de santé
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SSR	soins de suite et de rééducation
T2A	tarification à l'activité
TCCM	tableaux coûts case-mix

Liste des personnes rencontrées

Cabinet du ministre de la santé chargé de la santé

François-Xavier SELLERET, directeur-adjoint du cabinet

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Nicolas GRIVEL, Mission Appui Ressources Stratégies ARS

Olivier OBRECHT, Offre de soins performance hospitalière

Direction générale de l'offre de soins

Annie PODEUR, directrice générale,

Yannick LE GUEN, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Isabelle COLLIGNON-JOFFRE, adjointe au chef du bureau de l'efficience des établissements de santé publics et privés

Samuel PRATMARTY, adjoint à la sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Baudoin SEYS, chef de service

Christelle MINODIER, chef du bureau des établissements de santé

Fanny MICOLE, chef du bureau des professionnels de santé

Denis RAYNAUD, chef du bureau des dépenses de santé et relations avec l'assurance maladie

Direction de la sécurité sociale

Dominique LIBAULT, directeur

Guillaume COUILLARD, sous-direction financement du système de soins

Irina SCHAPIRA, sous-direction financement du système de soins

CNAMTS

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

Claude GISSOT, directeur-adjoint de la stratégie

Dr Michel ARENAZ

Michel MARTY

Véronique BES

ANAP

Christian ANASTASY, directeur

Noëlle BIRON, directeur du pôle "Pilotes de transformation"

ATIH

Housseyni HOLLA, directeur

Françoise BOURGOIN, chef de service Réponses aux demandes externes

Georges PERROT, chef de service Information sur la performance des établissements de santé

Conférence des directeurs de centres hospitaliers

Denis FRECHOU, président

Conférence des directeurs généraux de CHU

Alain HERIAUD, président

Conférence des présidents de CME de CHU

Pr Alain DESTEE, président

Conférence des présidents de CME du secteur privé

Dr Jean-Luc BARON, président

Fédération hospitalière de France :

Gérard VINCENT, délégué général

René CAILLET, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale

Yves GAUBERT, responsable du pôle Finances et BDHF

Fédération de l'hospitalisation privée

Jean-Loup DUROUSSET, président de la FHP

Arnaud BENZAÏD, groupe NOALYS

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

Pascale FLAMANT, directrice générale

Dr Valérie-Jeanne BARDOU, département gestion et stratégie hospitalière

Groupe Générale de Santé

Filippo MONTELEONE, directeur général délégué

Dr Frédéric REY, directeur de l'analyse médico-économique directeur médical de Santé

Marc-David SELIGMAN, directeur des relations institutionnelles

Région Aquitaine

CHU Bordeaux : Alain HERIAUD, directeur général,

Groupe Bordeaux Nord Aquitaine Yves NOEL, directeur général

ARS Aquitaine

Anne BARON, directrice générale adjointe

Patrice RICHARD, directeur de la direction de l'offre de soins

Catherine ACCARY-BEZARD, directrice adjointe de la DOS

Sabine LAFLAQUIERE, responsable du département performance

Dr Isabelle JAMET, responsable du département PMSI.

Dr Laura FERNANDEZ, responsable du département offre de soins hospitaliers

Région Alsace

Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss

Pr Patrick DUFOUR, directeur général

Agnès GRIVET-GUIMOND, directeur du pôle gestion

Jacques LI KO LUN, directeur du pôle trésorerie,

Dr Serge THEOBALD, médecin DIM, directeur des affaires médicales

Eric ROSSINI, directeur général adjoint

Groupe Saint-Vincent :

Christophe MATRA, directeur

Jacques GILAIN, directeur administratif et financier,

Dr Marc SCHEER, généraliste

Dr Gabrielle de GUIO, gériatre, coordonnatrice de la filière gériatrique du groupe
Dr Alain CHARRAULT, gastro-entérologue, salarié du groupe et libéral à 1 /2 temps, vice-président de la CME du groupe et président de la CME de la clinique Ste barbe
Dr Véronique BOUCHEZ, médecin DIM
Dr CHALLAN-BENVAL, médecine interne (à ½ temps)
Dr Jean-Marie ADAM, obstétricien

CHU Strasbourg :

Patrick GUILLOT, directeur général
Florent CHAMBAZ, responsable du pôle de gestion des finances, du système d'information et de la qualité
M. Jean-Marc BAIETTO, responsable du pôle gestion des investissements et de la logistique
Dr Gabriel NISAND, médecin DIM du CHU, président du collège des DIM de CHU
Pr Jean-Marc CLAVERT, président de la commission médicale d'établissement
Pr Israël NISAND, chef du pôle gynéco-obstétrique
Pr Jean-Louis PASCALI, chef du pôle médecine interne pathologies infectieuses, ophtalmologie et hygiène hospitalière

ARS Alsace :

Nathalie RICAUD, directrice de l'offre de soins

Région Bretagne

Centre hospitalier de St Malo

Laurent DONADILLE, directeur du centre hospitalier
Daniel GILLAZO, directeur du site Saint-Malo
Dr Pascale LE PORS-LEMOINE, chef du pôle femme-mère-enfant
Dr Isabelle LABARRE, médecin DIM
Dr Marie-Noëlle JULIEN, présidente de la CME
Dr Stéphane CORBINAIS, chef du pôle médecine-oncologie
Dr Gérard CAM, chef du pôle cardiologie-hématologie-neurologie

Ecole des hautes études en santé publiques – Institut du management

Catherine DESSEIN, directrice adjointe de l'EHESP
Karine GALLOPEL-MORVAN, maître de conférences en marketing social
Stéfane KABENE, directeur adjoint à la recherche à l'INDM
Jean-René LEDOYEN, responsable de la filière des directeurs de soins
Michel LOUAZEL, directeur-adjoint à la formation à l'IDM
André LUCAS, enseignant-chercheur
Philippe MARIN, responsable de la filiale des directeurs d'hôpital
Roland OLLIVIER, directeur de l'Institut du management
Bertrand PARENT, enseignant-chercheur
Franck VOLEON, responsable de la filière des attachés d'administration hospitalière.

Région Centre

Centre Hospitalier régional d'Orléans

Olivier BOYER, directeur
Frédéric JEROME, directeur du contrôle de gestion.
Jean Pierre GRAFFIN, directeur financier
Dr Eric EYNARD, médecin DIM
Dr Antoine VALERY, médecin DIM
Dr Christian FLEURY, ancien président de la CME

Dr Marc GORALSKI, chef du pôle médecines interventionnelles
Dr Josée BENTATA, chef du pôle femme-enfant
Martine MORANÇAIS, directrice des soins

Clinique privée La reine Blanche, groupe Saint Gatien
Ruxandra POPA, responsable du DIM et qualité
Dr René HUGUET, cardiologue
Olivier RENAUDEAU, directeur

ARS Centre
Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale
Martine CRESPO, responsable du département de l'offre de soins
Martine PINSARD, responsable de l'unité d'allocations des ressources
Agnès HAUBERT-JOUANNEAU, responsable du pôle appui à la performance et gestion du risque

Région Ile-de-France

Groupe hospitalier Paris-Saint Joseph
Patrick LAJONCHERE, directeur général
Alain GENONI, directeur financier
Pr Didier GAILLARD, coordonnateur médical et responsable DIM...
Dr Yvonnick BEZ, président de la CME

Région Nord-Pas-de-Calais

CHU de Lille
Yvonnick MORICE, directeur général
Bruno DONIUS, directeur général-adjoint
Dominique PICAULT, directrice de la stratégie et des activités
Freddy SERVEAUX, directeur auprès du directeur général
Martine MOURA, coordinatrice générale des soins
Dr THEIS, responsable du DIM
Vincent DUPONT, directeur du département des ressources financières
Pr Jean-Pierre JOUET, chef du pôle des spécialités médicales et gérontologie
Pr Christian Noël, chef du pôle médico-chirurgical
Michel COLARD, directeur délégué auprès du pôle des spécialités médicales et gérontologie
Chrystel DELALEE, directrice déléguée auprès du pôle médico-chirurgical

Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Centre Hospitalier Avignon
Francis DECOUCUT, directeur
Cécile POLITO, directrice-adjointe, chargée du secrétariat général, stratégie et planification
Laurent WILMANN COURTEAU, directeur adjoint chargé des affaires financières, du contrôle de gestion et contractualisation
Dr Jean-Marc BROGLIA, président de la CME, chef du service de médecine nucléaire
Dr David VERHELST, vice-président de la CME, service de néphrologie
Dr Pierre COULANT, chef du pôle Urgences, réanimation, activités transversales et chef du service de réanimation
Dr Gérard LEPEU, chef du pôle cancérologie, chef du service d'onco-hématologie

Centre Hospitalier Apt
Danièle FREGOSI, directrice
Dr Jean-Pierre DELAUP, médecine interne, chef de pôle MCO (inclus Urgences), médecin DIM

Dr Mohamed BENAÏSSA, chef du pôle prestataires de services, président de la CME

Assistance publique des hôpitaux de Marseille

Jean-Paul SEGADE, directeur général

Pierre PINZELLI, directeur de la Timone

Monique SORRENTINO, directrice de la coordination de la performance

Thibault DOUTE, directeur du contrôle de gestion et de la contractualisation interne

Pr Roland SAMBUK, chef du pôle santé publique

Pr Philippe PIQUET, chef du pôle cadéo-vasculaire thoracique

Dr Laurence DURIFF, médecin DIM, site de la Timone

ARS PACA

Dominique DEROUBAIX, directeur général (contribution écrite)

Région Rhône –Alpes

CHS Le Vinatier

Hubert MEUNIER, directeur

Dr Jean-Pierre SALVARELLI, président de la CME

Hôpital privé Jean Mermoz

Jean-Louis RAMON, directeur

CHU Grenoble :

Marc PENAUD, directeur général-adjoint

Pr Patrick CARPENTIER, médecine vasculaire, chef du pôle pluridisciplinaire de médecine

Pr Jean-Pierre ZARSKI, chef du pôle digestif

Pr. Luc BARRET, vice Président du directoire, président de la CME

ARS Rhône-Alpes :

Christian DUBOSQ, directeur de l'efficacité de l'offre de soins, directeur général par intérim

Dr Danièle GENTHIAL, responsable du pôle Régulation de l'offre de soins

Yves DARY, responsable du pôle Financement de l'offre de soins

Chantal BOUDET, responsable du pôle Professions de santé, qualité et performance

Annexe 1 : dépenses d'assurance-maladie consacrés à l'hôpital

Tableau 1 : l'Ondam et du sous-objectif dépenses relative aux établissements de santé tarifés à l'activité depuis 2006

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution 2006-2011
Ondam voté	140,7	144,8	152	157,6	162,4	167,1	18,8%
Sous- objectif T2A voté	45,8	47,5	48,9	50,9	52,4	53,9	17,7%
Part ODMCO	40,2	41,3	42,2	43,1	44,2	45,5	13,2%
Part Migac	5,4	6,2	6,7	7,6	8,1	8,2	51,9%

Source : Commission des finances du Sénat

Tableau 2 : Evolutions de la dotation MIGAC (2006-2011)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enveloppe MERRI	1544	2018	2322	2420	2681	2657
Enveloppe autres MIG	1585	1724	1918	2648	2877	nd
Enveloppe AC	2322	2392	2463	2610	2387	ND
Enveloppe MIGAC	5451	6224	6703	7678	7945 (8142 avant gel)	8294 (avant gel)
Enveloppe ODMCO	40227	41384	42226	43134	44299	45595

Source : Commission des finances du Sénat

Tableau 3 : Poids de l'enveloppe MIGAC dans l'Ondam hospitalier (en %)

	2005	2008	2009	2010	2011
Part de la dotation MIGAC dans l'Ondam hospitalier	8,2	9,9	11,2	11,6	11,4

Source : Commission des finances du Sénat

Tableau 4 : Evolution de l'enveloppe AC et de ses sous-enveloppes

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010
Investissements	786,1	891	959,7	1061,3	1060,5
Développement activité	130,9	158,6	125,9	196,8	144,9
Maintien activité	35,1	45,6	37,7	42,8	34,9
Restructurations	372,6	427,3	542,5	512,7	512,3
Renforcement offre	104,2	147,1	171,1	171,1	199,3
Autres	115,1	438,9	485,5	435,1	435,1

Source : Commission des finances du Sénat

Tableau 5 : Décomposition des aides à la contractualisation « Investissements » entre plans nationaux et aides régionales

(en milliers d'euros)

	2006	2007	2008	2009
Plan Hôpital 2007	352,50	446,60	446,60	446,6
Plan Hôpital 2012	0,00	0,00	19,80	58,40
Total des plans nationaux	352,50	446,60	466,40	505,00
Aides régionales à l'investissement	433,64	443,24	493,27	556,27
Total des aides à l'investissement enregistrées dans ARBUST MIGAC	786,14	889,84	959,67	1061,27

Source : Source : rapport 2010 au Parlement sur les MIGAC

Tableau 6 : Evolution du montant de la dette par catégorie d'établissements publics de santé (en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	%	2009	%	2010	%
CHRU	3 586,13	4 151,37	5 218,09	6 811,55	36,0	8 200,28	37,4	9 185,00	37,8
CH	6 960,26	7 641,10	8 742,90	9 851,68	52,1	11 260,51	51,3	12 338,24	50,8
CHS	614,85	671,50	727,66	809,92	4,3	882,21	4,0	1 012,18	4,2
HL	800,47	855,75	928,87	1 045,65	5,5	1 244,94	5,7	1 371,05	5,6
Autres publics	147,10	181,04	250,34	394,95	2,1	352,41	1,6	365,51	1,5
Total	12 108,82	13 500,77	15 867,86	18 913,75	100,0	21 940,35	100,0	24 271,98	100,0

Source : DGOS

Annexe 2 : Impact de la tarification à l'activité : quelques éléments de comparaisons internationales

- [278] L'instauration d'un système de financement des établissements de santé fondé sur l'activité remonte à 1982 où il fut mis en place aux Etats-Unis pour la prise en charge des patients de plus de 65 ans. Il s'agissait, dans le cadre du programme d'assurance publique Medicare, de maîtriser la croissance des dépenses hospitalières, qui avaient pratiquement doublé entre 1970 et 1982. Cet exemple a rapidement été suivi au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande, puis s'est développé dans la plupart des pays d'Europe.
- [279] Si le système est conceptuellement le même, son application est en fait assez hétérogène d'un pays à l'autre, compte tenu à la fois des choix faits en termes de champ d'application, mais aussi des systèmes politiques et du rôle respectif de l'état central et des collectivités décentralisées, des organismes d'assurance maladie, ainsi que des caractéristiques techniques respectives des systèmes de santé des différents états.
- [280] Si l'unité principale de remboursement est le séjour dans la plupart des pays (ce qui correspond au groupe homogène de séjour -GHS- français), elle est le plus souvent associée pour une partie de l'activité à un prix de journée, un paiement à l'acte, un forfait par patient, ou encore des recettes particulières pour financer des activités spécifiques (recherche, enseignement, etc.) ou couvrir des contraintes particulières (aspects géographiques ou sociaux, etc.). La proportion de ces autres recettes peut varier, de même que les modes d'allocation. Certains pays enfin conservent encore une partie non négligeable de financement par le budget global (Suède).
- [281] En dépit de ces différences, il a paru intéressant de faire un point, qui n'a aucune prétention à l'exhaustivité mais se veut illustratif, des enseignements des expériences étrangères tels qu'ils apparaissent dans la littérature internationale. La quasi-totalité des publications disponibles ne portent pas spécifiquement sur le management de l'hôpital ni d'ailleurs ne s'y intéressent. Elles permettent néanmoins de dresser un certain nombre de constats communs aux pays qui utilisent le financement fondé sur l'activité, constats qui influent directement ou indirectement sur la gestion et le management des établissements. On peut signaler toutefois une publication anglaise de 2008 qui s'appuie sur une série d'entretiens avec des responsables financiers ou médicaux de Foundation Trusts ou Primary Care Trusts ou de responsables de Strategic Health Authorities ; elle permet de faire émerger la parole et la perception des acteurs de terrain à la fois sur leurs expériences et leurs attentes ; une récente évaluation de la mise en œuvre d'un système de financement à l'activité en Australie occidentale sur trois ans éclaire également la perception des opérationnels de terrain et le niveau d'appropriation du système.

Principaux constats

1. LA FINANCEMENT A L'ACTIVITE REND LES REGLES DU JEU PLUS CLAIRES EN DEPIT D'UNE INSTABILITE ET D'UNE COMPLEXITE CONSUBSTANTIELLES AU SYSTEME

- [282] La tarification à l'activité (T2A) permet d'améliorer la transparence : le lien entre financement et production de soins rend le système plus lisible.
- [283] Le mécanisme est aussi perçu comme plus équitable selon le principe « d'un même prix pour un même service ».

- [284] Il est présenté comme un outil puissant pour les managers : pour un type de patients donnés, il permet de résumer un groupe d'épisodes de soins en termes à la fois cliniques et financiers et donc de fournir une base claire pour la prévision, l'évaluation des coûts et la prise de décision. Mais il accroît la responsabilité des directeurs d'hôpitaux qui doivent contrôler désormais non seulement les coûts mais aussi les recettes.
- [285] Le financement à l'activité permet aux régulateurs de faire évoluer l'offre en jouant sur les incitations tarifaires (Ce qui peut être positif pour le régulateur peut néanmoins poser problème localement au manager, en fonction de son panel d'activités).
- [286] La déconnection coûts-tarifs rend plus complexe le dialogue interne avec les médecins et réduit encore la possibilité d'ajuster son activité en fonction des marges potentielles.
- [287] Mais cette déconnection des coûts et des tarifs n'est pourtant pas toujours perçue comme un problème en soi : il est légitime que les tarifs soient conçus pour faire évoluer le comportement des acteurs hospitaliers (exemple de l'Angleterre pour le développement de la chirurgie ambulatoire).
- [288] C'est dans le même esprit qu'aux Etats-Unis a été mise en place une minoration de tarifs des Diagnosis-Related Groups (DRG) pour les établissements qui ne produisent pas les indicateurs de qualité.
- [289] Ainsi, passer d'un tarif qui ne traduise que le coût moyen à un tarif traduisant le « coût optimal » (*efficient price*) permet à la fois de pousser les établissements à l'efficacité et de servir les objectifs politiques de santé publique (Australie).
- [290] Est aussi notée la tendance générale à la complexification du système, avec une tendance à raffiner de plus en plus les groupes de patients/diagnostics (a contrario de l'objectif initial de rassembler au sein de groupes homogènes et de « forfaitiser » le paiement) ; ainsi par exemple en Angleterre, l'on est passé de 550 à 1400 Healthcare Resource Groups (HRG) ; aux Etats-Unis de 470 DRG lors de la mise en place du système à près de 1000 aujourd'hui, et une publication canadienne récente fait état d'une situation mondiale allant de 500 à 1400 groupes de complexité³².
- [291] Une autre étude fait état des risques liés à la collecte de l'information quand le système devient trop raffiné et les bases d'information trop détaillées à la fois pour l'établissement mais aussi le financeur/régulateur ; un trop grand nombre de tarifs fait aussi perdre au financeur son pouvoir de négociation, dans les systèmes où il est véritablement acheteur de prestations.
- [292] L'instabilité des tarifs est relevée par les responsables locaux anglais des Foundation Trusts, Primary Care Trust et Hospital Trusts ; instabilité bien différente de celle des prix habituels du marché, du fait d'une part des ajustements sur la base des coûts constatés, et des évolutions liées à la décision publique ou à des artefacts dans la collecte des données. D'où une plus grande instabilité dans le processus budgétaire pour les établissements (Danemark - étude 2001 et Evaluation nationale 2005).
- [293] Enfin est fait le constat que ce système de financement est plus opérationnel pour les soins aigus que pour les autres services (médecine), et que certaines activités ne sont pas « réductibles » à une catégorisation de type GHM ou DRG, ce qui milite pour un système mixte.

2. T2A ET ACCROISSEMENT DE L'EFFICIENCE HOSPITALIERE : UN CATALYSEUR PLUS QU'UNE CAUSE UNIQUE

- [294] Plusieurs études font état d'un de l'accroissement de l'efficacité hospitalière provoquée par la mise en œuvre du financement à l'activité.

³² Avec plus de 2300 GHM, la France est dans la fourchette haute

- [295] Sont ainsi mis en avant des gains de productivité importants des hôpitaux de Stockholm (+20% pour les seules deux premières années de mise en œuvre 1990-1991), une efficacité accrue en Norvège, et au Danemark, avec un impact net sur la réduction des listes d'attente et l'augmentation de la productivité des personnels. En Angleterre, aussi la baisse des coûts unitaires est documentée par une étude récente.³³
- [296] Globalement, la T2A a incité à une meilleure utilisation des moyens et à une optimisation des choix de prise en charge ; mais elle n'est pas perçue comme seule responsable de ce changement : ainsi les managers locaux du système anglais estiment-ils que les contraintes financières globales, le taux d'occupation déjà important de certains services ou hôpitaux et la nécessité de réduire les listes d'attente incitaient déjà à être plus efficaces. Un rapport de l'Audit Commission britannique, tout en soulignant les gains d'efficacité sur la période 2003-2007 relève que ces gains sont moins importants que ce à quoi l'on pouvait s'attendre.
- [297] D'autres exemples font état de limites dans les gains de productivité : ainsi la productivité des hôpitaux de Stockholm, après les gains très rapides mentionnés plus haut, plafonnait-elle en 1997 à son niveau de 1991, en lien avec l'échec à réduire les capacités d'hospitalisation complète et la nécessaire maîtrise des dépenses de santé, frein à l'augmentation de l'activité ; ailleurs émergent le sentiment qu'on a déjà fait des efforts (Angleterre), voire que certains objectifs sont hors d'atteinte (Australie).
- [298] Par ailleurs, il est noté que la culture de l'efficacité et de la T2A reste encore au niveau des directions des organisations et ne diffuse pas véritablement aux niveaux opérationnels (Australie Occidentale).
- [299] Enfin la mise en œuvre de ce système de rémunération n'a pas véritablement, toujours selon des responsables anglais locaux, permis de développer une connaissance des coûts de revient par patient : avec le financement à l'activité, la préoccupation des managers reste centrée avant tout sur les recettes et une meilleure connaissance de l'activité.

3. DES EFFETS ASSEZ GENERAUX SUR LE CODAGE ET LA FACTURATION

- [300] On remarque partout un codage en augmentation, plus exhaustif et plus précis allié à une meilleure connaissance de l'activité par l'ensemble de la communauté hospitalière.
- [301] Cette amélioration qui est décrite comme générale de l'information médico-économique est perceptible non seulement en interne aux établissements mais aussi en externe, dans leurs relations avec le financeur/régulateur.
- [302] Avec le risque, parfois avéré, d'un codage plus opportuniste qu'optimisé (exemple de la Norvège avec une augmentation significative des cas de sévérité importante sans justification particulière).
- [303] Ce meilleur codage s'accompagne d'une meilleure facturation, qui explique sans doute une partie de la hausse faciale d'activité constatée (cf. infra exemple anglais)

4. L'IMPACT DE LA T2A SUR L'ACTIVITE ET LES PRATIQUES ET ORGANISATIONS MEDICALES

- [304] Pratiquement toutes les études font état d'un lien entre la mise en place d'un système de T2A et une augmentation constatée de l'activité : ainsi au Danemark, avec une augmentation à la fois du nombre de séjours et d'actes, en Italie, en Norvège, en Suède, ou en Angleterre, souvent en lien direct avec la réduction des listes d'attente très longues dans certains pays.

³³ Using national tariffs to pay for hospital care – HERU – February 2011

- [305] Certains managers locaux anglais relèvent toutefois que l'augmentation de l'activité hospitalière ne résulterait pas principalement du financement à l'activité (Payment by Result - PbR) mais plutôt de la couverture de besoins non pris en charge auparavant (à cause des listes d'attente très importantes) et de l'augmentation des passages aux urgences (non couverts par le PbR).
- [306] De plus, selon que l'organisation du système de soins est plus ou moins intégrée, cette augmentation d'activité peut être mieux maîtrisée : ainsi les dirigeants locaux anglais relèvent-ils que la politique hospitalière des Hospital Trusts ne peut qu'être cohérente avec celle du Primary Care Trust et donc respecter le cadre budgétaire global.

4.1. Un impact sur les pratiques et les organisations médicales

- [307] Partout où la T2A a été introduite, on observe une réduction de la durée de séjour ; la T2A pousse globalement à renvoyer plus vite le patient à son domicile, et à accroître le turnover des patients. Une étude du Norwegian Research Council pointe ainsi une baisse sensible de la durée de séjour notamment pour les personnes âgées ; une étude britannique de 2010 souligne également la baisse de la durée de séjour en lien avec un système de PbR, baisse associée à une augmentation des prises en charge en ambulatoire.
- [308] La mise en place de tarifs incitatifs a clairement permis dans de nombreux pays la réduction des listes d'attentes. Ainsi en Australie, les listes d'attente étaient utilisées par les hôpitaux pour négocier des ressources supplémentaires sans réelle amélioration de long terme. La mise en place de la T2A dans l'Etat du Victoria, couplée à des tarifs incitatifs pour la prise en charge des patients en liste d'attente, a eu un effet net avec une diminution de plus de 16% des patients en liste d'attente en un an (1993-1994). Le même mouvement a été constaté de façon significative en Angleterre, en Norvège, au Danemark et en Suède.
- [309] De fait, la transition vers le développement de nouveaux modes de prise en charge jugés plus efficient en termes de coûts (ambulatoire, soins de suite, etc...) s'est avérée plus rapide pour les pays en T2A.
- [310] D'autres pays (exemple de la Norvège – étude 2000 Sandvik et al.) ont pu constater auprès des patients le sentiment d'une amélioration de la qualité de la prise en charge infirmière liée à une information plus claire du patient sur son séjour postérieurement à la mise en place de la tarification à l'activité, une amélioration attribuée à l'émulation entre établissements.
- [311] Enfin, il est constaté que le financement à l'activité peut faciliter le développement d'un nouveau service ou d'une nouvelle activité avec une incitation aussi à investir –et la capacité de le faire si le besoin est réel et l'activité au rendez-vous (managers anglais).
- [312] Dans d'autres pays s'expriment la crainte d'une baisse de la qualité mais les personnes interviewées dans le cadre de quelques études n'ont pu fournir ni exemples ni documentation. L'étude de l'université d'York ne peut pas plus documenter un tel constat d'une baisse de la qualité des soins pour les 4 pays auxquels elle s'est intéressée (Norvège, Danemark, Suède et Australie).

4.2. Un impact non uniformément avéré sur la sélection des patients

- [313] Plusieurs études font état du risque de ne pas rémunérer suffisamment les actes pour des patients dont les coûts de prise en charge sont particulièrement élevés (Victoria-Australie)
- [314] Certains hôpitaux sont clairement tentés d'augmenter le nombre des patients les plus rentables ou de réduire l'accès des patients moins rentables. Aux Etats-Unis ainsi, a été documentée la fermeture de services d'urgences entre 1983 et 1986 pour ne pas se charger de patients coûteux.
- [315] Moins radical est le renvoi à domicile ou dans d'autres institutions de patients âgés (ou non), avec une augmentation subséquente des soins de suite ou soins à domicile en post aigu pour ne pas peser sur les finances hospitalières (Etats-Unis).

- [316] La crainte du développement de prises en charge légères moins coûteuses et plus rentables car mieux tarifées s'exprime en Angleterre, avec le risque pour les structures publiques de devoir prendre en charge les cas lourds et complexes, les cliniques privés se spécialisés sur les prises en charge légères et plus rémunératrices.
- [317] Pour autant, on ne note pas d'ajustement majeur de la part des établissements publics du panel d'activités pour accueillir des patients plus rentables : d'une part, la volatilité trop grande des tarifs ne permet pas de s'ajuster de façon réactive, d'autre part les systèmes d'information ne sont pas assez sophistiqués pour permettre de tels ajustements de façon réactive, enfin, un refus de prise en charge serait contraire à la fois à leurs obligations et à leur éthique (Angleterre).

Bibliographie

Using national tariffs to pay for hospital care – Dr Farrar - Health Economics research unit – university of Aberdeen – February 2011

A review of activity-based funding/activity-based management in Western Australia 2009/10-2010/11 – Michael Scott – June 2011

Mécanismes de financement des hôpitaux : aperçu et options pour le Canada - James M. Sutherland – Centre for Health Services and Policy Research School of Population and Public Health - Université de la Colombie britannique – Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – Ottawa mars 2011

Activity-Based Funding - Institut canadien d'information sur la santé –, October 2010

Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital - Enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères – Zeynep Or, Thomas Renaud – IRDES - DT n°3 – Mars 2009

Activity-based funding for National Health Service hospitals in England : managers' experience and expectations – Jonathan Sussex, Shelley Farrar – Eur J Health Eco., 2009 May – Epub 2008 Aug 5

Activity-based hospital funding: boon or boondoggle? – Roger Colier – CMAJ 2008 May – PubMed central

Introducing Activity-Based Financing : A Review of Experience in Australia, Denmark, Norway and Sweden – Andrew Street, Kirski Vitikainen, Afsaneh Bjorvatn, Anne Hvenegaard – Centre for Health Economics – University of York – October 2007

The right result? Payment by result 2003-2007 – The Audit Commission – UK – February 2008

Annexe 3 : Exploitation des questionnaires aux établissements

1. CRITERES DE CHOIX DES ETABLISSEMENTS

- [318] La mission n'a pas sélectionné un échantillon représentatif au plan statistique, mais plutôt d'une part défini a priori un nombre jugé suffisant d'établissements pour éclairer, compléter et conforter ses constats de terrains, d'autre part fait un choix sur la base de quelques critères simples, disponibles aisément dans les bases de données de la DREES, en veillant à représenter les trois secteurs publics, privé d'intérêt collectif (ESPIC) et privé.
- [319] Par convention, et parce qu'ils représentent près de 40% de la dépense hospitalière, il a été décidé d'inclure tous les centres hospitaliers universitaires (CHU) dans l'échantillon. Y ont été ajoutés les centres hospitaliers régionaux. Toujours par convention, la mission a choisi un chiffre approximativement deux fois supérieur à celui des CHU, soit 60 établissements : 40 hôpitaux publics, 12 ESPIC (dont 2 centres de lutte contre le cancer (CLCC) et 10 établissements privés.
- [320] Le questionnaire a ainsi été envoyé à 94 établissements de santé, dont la liste figure infra, en fonction de critères présentés ci-après, par catégorie d'établissements. La mission a choisi d'utiliser l'outil SOLEN.
- [321] Les questionnaires ont également servi de trame aux déplacements de la mission dans les établissements.

1.1. *Etablissements publics*

- [322] Tous les CHU et CHR ont été destinataires des questionnaires.
- [323] Pour le choix des 40 autres centres hospitaliers (CH) :
- Pour 35 d'entre eux, trois critères ont été croisés :
 - Le chiffre d'affaires le plus important ;
 - Le nombre de lits et places MCO le plus important ;
 - Le nombre de séjours le plus important.
- [324] Ont été retenus d'abord les établissements réunissant ces trois critères³⁴ (25), puis ceux réunissant au moins deux des critères (9) et finalement réunissant un seul des critères (nombre de lits et places – 1 établissement), en écartant les établissements visités par ailleurs (1) et ceux pour lesquels une mission IGAS était en cours (1)
- Cette liste a été complétée des 5 établissements présentant à la fois les plus petits chiffres d'affaires et une capacité d'accueil comprise entre 20 et 40 lits.

1.2. *Etablissements privés*

1.2.1. ESPIC

- [325] S'agissant des 10 ESPIC, ont été croisés les critères suivants :

³⁴ Sauf le CH d'Avignon, par ailleurs visité et qui a fourni les données par ailleurs, et le CH d'Eure-sur-Seine du fait d'une mission IGAS en cours.

- le plus grand nombre de lits ;
- le plus grand nombre d'entrées MCO.

[326] On été retenus les établissements réunissant trois des critères (6), puis deux (lits+entrées), en écartant délibérément ceux pour lesquels une mission IGAS soit était en cours soit venait de se terminer (3), ou qui étaient sous redressement judiciaire (1).

[327] Deux CLCC ont par ailleurs été intégrés à cette liste (l'un dirigé par l'actuel président de la Fédération nationale, l'autre choisi de manière aléatoire).

1.2.2. Établissements privés

[328] Ont été croisé trois critères :

- le chiffre d'affaires le plus important ;
- le nombre de lits et places ;

[329] Ont été écartées une unité d'auto-dialyse et une clinique en liquidation judiciaire qui figuraient dans la liste initiale.

2. LISTE DES ETABLISSEMENTS

[330] Etablissements privés: hôpital privé Parly 2, hôpital privé Paul d'Egine, clinique du cours Dillon, clinique de Bercy, clinique des cèdres, hôpital privé Résidence du parc, clinique Pasteur, hôpital prive d'Antony, polyclinique de Courlancy, polyclinique de Navarre.

[331] Etablissements ESPIC : centre hospitalier Saint Joseph Saint Luc, Etablissement de santé Saint Vincent - Saint Antoine Lille, institut mutualiste Montsouris, groupe hospitalier mutualiste -les Portes du Sud, hôpital Albert Schweitzer, hôpital Foch, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, hôpital Saint Joseph, groupe hospitalier mutualiste de Grenoble, hôpital saint-Camille - Bry s/Marne, institut Bergonié (CLCC Bordeaux), centre Antoine Lacassagne (CLCC Nice).

[332] Etablissement publics : CH Aligre Bourbon Lancy, CH de Bailleul, CH Eu, CH Victor Dupuy Argenteuil, CH de Meaux, CH -Jacques Cœur, CH de Valence, CH de Pau, CH de Versailles, CH Félix Guyon, CH de Saint Quentin, CH de Libourne, CH de Troyes, CHIC de Cornouaille, CH de Niort, CH du Pays d'Aix, CH de Chambéry, CH de la région d'Annecy, CH Dr.Schaffner de Lens, CH du sud francilien, CH de La Rochelle, CH de Perpignan, CH René Dubos de Pontoise, CHIC de Poissy St-Germain, CHI de Toulon la Seyne, CH de Bretagne atlantique, CH du Havre, centre hospitalier Bretagne sud, groupe hospitalier sud Réunion, CH de Hasenrain, CH de Roubaix, CH de La Roche-sur-Yon Luçon Montaigu, CH de Belfort – Montbéliard, CH de Valenciennes, CH du Mans, Hôpitaux civils de Colmar, CH de Vervins, CH Bernard Desplas de Bourgneuf, CHIC.de Créteil, CH du Cotentin.

3. TAUX DE REPONSE

[333] Les établissements sollicités ont pu :

- ne pas ouvrir le questionnaire : ils sont enregistrés par l'outil solen comme n'ayant pas répondu ;
- ouvrir le questionnaire mais soit ne répondre à aucune question, soit ne répondre qu'à une partie des questions : ils sont enregistrés comme ayant répondu partiellement ;
- ouvrir le questionnaire et répondre à l'ensemble des questions : ils sont enregistrés comme ayant répondu totalement.

[334] Le taux de réponse par question peut donc être supérieur au taux moyen global de réponse au questionnaire.

3.1. Un taux moyen de réponse totale des directions avoisinant les 50% pour le secteur public et les ESPIC, mais un taux de retour moindre des présidents de CME et surtout des responsables de pôles

3.1.1. Direction

- CHU/CHR (métropole et DOM) : 1 seul établissement n'a pas répondu : Toulouse ; 19 ont répondu totalement, 14 partiellement soit un taux de réponse totale égal à 54,3 %
- CH : 30 ont répondu ; 17 ont répondu totalement, 13 partiellement, soit un taux de réponse totale de 43,6%

[335] Il n'y a pas de relation directe avec la taille de l'établissement : si les plus petits n'ont répondu en grande majorité (4/5), certains gros CH n'ont non plus pas répondu (CH Pontoise Créteil, La Rochelle, Le Havre, Cornouailles, St Quentin). L'un d'entre eux au moins avait reçu une autre mission IGAS sur les bonnes pratiques de gestion ; les informations ont pu être coordonnées, mais dans un autre format ce qui ne permet pas l'exploitation.

[336] Le taux de réponse totale pour l'ensemble du secteur public est de 48,6%

- ESPIC : 9 ESPIC sur 10 ont répondu ; 4 en totalité et 6 partiellement, soit un taux de réponse totale de 41,7% -

[337] 1 seul des CLCC sollicités a répondu totalement

- Etablissements privés : 1 seul établissement a répondu sur les 10 sollicités, soit un taux de réponse totale égal à 27,3%

3.1.2. Questionnaire Président de CME

- CHU-CHR : 17 réponses (dont une remise lors d'un entretien), soit un taux de réponse totale de 48,6%
- CH : 14 réponses soit un taux de réponse totale de 35,9%
- ESPIC : 4 réponses soit un taux de réponse totale de 33,3%
- Privé : pas de réponse

3.2. Responsable de pôle

- CHU-CHR : 21 réponses soit un taux de réponse de 54,3% (deux réponses pour deux établissements)
- CH : 12 réponses soit un taux de retour de 30,7%
- 1 ESPIC concerné

[338] Remarques de la mission

- s'agissant des présidents de CME, le calendrier de la mission et de la campagne d'enquête, qui s'est déroulée entre fin octobre et mi-décembre (envois et rappels), n'a sans doute pas favorisé les réponses des présidents de CME dont les élections se tenaient à la même période, ce qui peut expliquer un taux de retour plus faible ;
- l'absence de réponse des présidents de CME du secteur privé tient pour partie à la place et au rôle de la CME dans ces établissements, qui n'est impliquée qu'à la marge dans les décisions stratégiques concernant l'établissement. L'entretien de la mission avec le président de la conférence des présidents de CME du secteur privé illustre ce point repris par ailleurs dans le corps du rapport ;

- s'agissant des réponses des présidents de CME mais surtout des responsables de pôles, la différence est nette, dans le secteur public, entre les CHU et CHR d'une part et les CH d'autre part qui ont été moins nombreux à répondre. Les seuls établissements ayant répondu sont des centres hospitaliers de taille importante (mais tous ces centres n'ont pas répondu) : soit que le circuit plus court d'échange et de décision conduise, dans les établissements de taille plus modeste, à une perception moins différenciée des rôles et des problématiques auxquels chacun, direction/CME et direction font face, soit que l'organisation polaire et la place des chefs de pôles soient moins affirmées dans ces établissements.

4. EXPLOITATION DES REPONSES

Remarques liminaires

- [339] Par convention, la mission n'a pris en compte pour appuyer ses constats que les retraitements issus des réponses effectives. **Les pourcentages cités après sont donc calculés non sur la totalité des établissements sollicités, mais sur ceux qui ont répondu à la question posée.**
- [340] Par ailleurs, un seul établissement privé ayant répondu, il n'est pas possible d'en tirer des enseignements généraux. La teneur générale des réponses est néanmoins mentionnée dans cette exploitation.
- [341] Il est par ailleurs rappelé qu'il s'agit là d'une enquête déclarative, et que contrairement à la plupart des établissements dans lesquels la mission s'est rendue, les réponses ne s'accompagnent pas de pièces ou documents accréditant les éléments déclarés.

4.1. La comptabilité analytique n'est pas absente de l'hôpital public

- [342] Une très grosse majorité des établissements publics (89%) indiquent disposer d'une comptabilité analytique. C'est également le cas des ESPIC et de l'établissement privé qui ont répondu.

4.2. Un impact fort sur le suivi de l'activité et des indicateurs budgétaires et financier

- [343] Pour 90% ou plus des établissements publics sollicités, l'instauration de la T2A a eu un impact fort (quasi exclusif dans la plupart des cas, partiellement pour une petite minorité) sur le suivi de l'activité, des entrées, séjours, séances, mais aussi de la DMS et des taux d'occupation. Elle a également servi de catalyseur à la mise en place de suivis spécifiques (laboratoires, blocs, chirurgie ambulatoire).
- [344] Elle a eu pour l'établissement un impact similaire (88% des réponses) sur le suivi des recettes et dépenses.
- [345] Cet impact de la T2A est perçu comme aussi important quel que soit le type d'établissement, CHU/CHR ou CH et quelle qu'en soit la taille.
- [346] En revanche, pour l'établissement privé, ce n'est pas la T2A qui a provoqué la mise en place de ces suivis.
- [347] Ce suivi se concrétise par la mise en place de tableaux de bord et ou d'indicateurs (100% des réponses), avec des périodicités mensuelles dans tous les cas et des consolidations trimestrielles et annuelles plus ou moins systématisées. La grande majorité des CHU-CHR (79% des réponses) a déclaré utiliser les CREA et dans une moindre mesure (42%) les TCCM.
- [348] Ces tableaux et indicateurs sont établis dans la majorité des cas par pôles, services et unités fonctionnelle. Une minorité (15% des réponses) n'a pas choisi le niveau de l'unité fonctionnelle(UF), deux établissements ne mentionnent que le niveau « pôles » et l'un exclut le niveau du service, sans toutefois qu'il y ait de différences selon la nature ou la taille de l'établissement public.

- [349] Les mêmes constats prévalent pour les ESPIC avec un impact sur les suivis, la mise en place de tableaux de bord par service.
- [350] Les réponses des directions sont cohérentes avec celles des présidents de CME et des responsables de pôles, dont une très large majorité estime ces suivis utiles (87% des responsables de pôles), et ayant conduit ces responsables à réinterroger les pratiques de certains services (97% des responsables de pôles).
- [351] Leur maniabilité est moins plébiscitée, avec 63% (responsables de pôles) à 65% (CME) de réponses favorables.

4.3. Une diffusion plutôt large de l'information

- [352] La majorité des établissements (70,5%) diffuse cette information à l'ensemble des pôles, avec souvent une mise en ligne sur le site intranet de l'établissement ; 29,5% ne diffusent toutefois l'information qu'aux seuls pôles et services concernés. On note dans les réponses une tendance plus forte des CHU/CHR à diffuser largement l'information, les CH y étant moins enclins même si cette diffusion large reste de règle dans la très grande majorité des cas (72,2% des CHU-CHR contre 64,3% des CH). 2 ESPIC sur 3 diffusent l'information à la totalité des pôles et services, comme le fait l'établissement privé.
- [353] S'agissant toutefois de la diffusion plus fine des l'information et des échanges internes aux pôles, les réponses sont plus délicates à exploiter. Ainsi, à la question de l'existence de bureau de pôles et celle de la périodicité des réunions, seules la moitié des responsables de pôles ont répondu tenir de telles réunions, les autres n'ayant répondu ni positivement ni négativement.

4.4. Un impact sur la relation entre direction et communauté médicale

- [354] Selon 79,5 % des établissements publics et ESPIC, l'instauration de la T2A a eu un impact sur la relation entre direction et communauté médicale. La perception de cet impact est encore plus forte dans la communauté médicale : 80% des présidents de CME et 88% des responsables de pôles font un lien direct entre T2A et évolution de cette relation.
- [355] Par ailleurs, plus de la moitié des présidents de CME ayant répondu à la question estiment que l'instauration de la T2A a également modifié le dialogue entre le président de CME et les autres médecins de l'établissement.

4.4.1. Une organisation polaire qui se traduit par une contractualisation dans 64% des réponses

- [356] Plus de 84% des établissements ayant répondu ont conservé des conseils de pôles malgré leur caractère non obligatoire depuis la loi HPST, et 64% ont signé des contrats de pôles ; a contrario, 36% indiquent donc n'en avoir pas signé, près de 7 ans après la mise en place de l'organisation polaire par l'Ordonnance du 2 mai 2005. Plus de la moitié de ces contrats ont été signés en 2011, un seul établissement mentionne un contrat de 2007 et la plupart sont postérieurs à 2009.
- [357] On ne note là encore pas de différence entre CH et CHU/CHR ni quant à la proportion de contrats de pôles, ni quant aux dates qui révéleraient une appropriation plus ou moins rapide de la nouvelle organisation selon la taille ou le statut de l'établissement.

4.4.2. 66,7% des établissements publics indiquent avoir mis en place des délégations aux pôles.

Un chiffre supérieur à celui de ceux qui ont contractualisé...

- [358] Leur périmètre apparaît toutefois encore restreint :

- [359] - seuls deux CHU mentionnent des délégations en matière de dépenses de personnel médical pour des montants représentant respectivement 0,55% et 1,19% de leur chiffre d'affaires 2010 et un CH indique faire une délégation relative au temps additionnel médical sans autre précision.
- [360] La délégation est plus fréquente pour les dépenses de personnel non médical puisqu'elle concerne 10 CHU et 5 CH (soit 44% des réponses) ; son champ va d'une simple enveloppe pour l'intérim ou tout ou partie des remplacements jusqu'à l'ensemble de la mensualité du pôle pour ce personnel (personnel permanent et remplacement), y compris, dans un cas, l'enveloppe de formation.
- [361] Seuls 2 établissements font état de délégation en matière de travaux, et 9 en matière d'acquisition d'équipements : 5 CHU, et 4 CH. Les montants déclarés les plus importants représentent respectivement 1,35% et 0,5% du chiffre d'affaires 2010 (CF).
- [362] 9 établissements mentionnent des délégations en matière de gestion des médicaments, 5 d'imagerie, 8 de dépenses de laboratoires (dont 6 CHU)
- [363] 12 enfin soit 35,3% des établissements publics, font état d'autres délégations dont notamment les dépenses de Titre 3 (logistique, fournitures divers – bureau, transport, linge, etc.), la formation et l'intéressement.
- [364] Le seul ESPIC ayant répondu être doté d'une organisation polaire ne fait pas état de délégation de gestion³⁵

4.4.3. Un renfort administratif nécessaire dans 64% des cas pour accompagner les pôles

- [365] Cette nécessité est indiquée plus nettement dans les CHU/CHR (77,7%) que dans les CH (64%).
- [366] Pour autant, 45% des responsables de pôles ne s'estiment pas suffisamment armés pour faire face à l'utilisation des nouveaux outils et aux nouvelles règles de gestion.
- [367] Dans la majorité des établissements publics, ce sont les pôles qui sont devenus les interlocuteurs privilégiés de la direction. Seuls deux CHU et un CH mentionnent les services comme cet interlocuteur.
- [368] A l'inverse, les ESPIC mentionnent d'abord les services, mais c'est en lien direct avec l'organisation de ces établissements.

4.4.4. Objectifs et sanctions des contrats de pôles concernent moins de 70% des établissements publics

- [369] 69,2% des contrats contiennent des objectifs chiffrés ; la proportion est plus importante pour les CHU-CHR (94,5%) que pour les CH (64%). A noter toutefois que ce pourcentage est moins important dans les réponses des responsables de pôles (54,5%).
- [370] Ces objectifs portent sur les points suivants :

Activité	Qualité Hygiène	Maitrise des dépenses	Codage/ facturation	RH (CET, HS, absentéisme)	Suivi de projets	Recherche
17	14	13	7	4	2	1

Objectifs mentionnés par les réponses – il peut y avoir plusieurs réponses pour un même établissement

³⁵ A noter toutefois que celle-ci est mise en place dans l'un des ESPICESPIC parisiens visités par la mission.

- [371] Dans tous les CHU-CHR sauf 1, l'atteinte des objectifs prévus au contrat fait l'objet d'une évaluation, annuelle le plus souvent mais dans certains cas à échéances plus rapprochées (mensuelle pour certains objectifs). Cette évaluation apparaît dans 64 % des réponses.
- [372] 61,5% des établissements publics déclarent avoir mis en place un intéressement, dans une proportion quasi identique en CHU-CHR ou en CH. Les réponses des responsables de pôles font état d'un ressenti un peu différent (51,5%). Une différence sans doute liée au fait que certains établissements n'ont pas encore signé de contrats avec tous les pôles d'une part, et que l'intéressement peut n'être expérimenté sur quelques pôles d'autre part (ex AP-HM). Aucun des ESPIC ayant répondu au questionnaire n'a mis en place d'intéressement.
- [373] Le montant de cet intéressement, collectif dans tous les cas mentionnés, reste marginal : le maximum cité est de 0,9% des dépenses du pôle, et de 0,1% du budget de l'établissement.
- [374] Cet intéressement prend la forme d'une enveloppe donnée au pôle pour la réalisation de petits projets d'investissement ou d'équipement, de fourniture ou documentation, d'octroi de primes aux chefs de pôles, exceptionnellement de recrutements de contractuels pour une mission particulière.

4.5. *L'impact de la T2A est perçue comme fort sur les pratiques médicales dans 87% des réponses*

- [375] Plus précisément, 85% des établissements publics et ESPIC (direction et présidents de CME) estiment que la T2A a provoqué une amélioration du taux d'occupation et eu un impact sur la DMS, bien que les réponses des chefs de pôle traduisent une perception plus faible de cet impact (69%) .
- [376] Dans près de 70% des cas, elle a eu un impact positif sur la coordination entre acteurs de l'hôpital (coordination inter discipline et inter pôles, équipes mobiles, etc.), un effet positif perçu aussi bien par l'administration que la communauté médicale.
- [377] 79% des réponses des directions font état d'un effet sur l'amélioration de la concertation avec les acteurs externes à l'hôpital (anticipation de la sortie, conventions avec établissement de suite, services sociaux, etc.). Très peu d'exemples sont toutefois cités. Sur ce point, il est intéressant de noter la déconnexion entre les réponses de l'administration et celle de la communauté médicale puisque la majorité (51,5%) des responsables de pôles comme des présidents de CME (60%) ne perçoivent aucun effet de la T2A sur les coopérations externes.
- [378] En revanche, la T2A est perçue par toute la communauté hospitalière comme ayant un impact limité, mais non absent, sur les pathologies traitées (20% des réponses des directions – 10% de la communauté médicale) ou sur le poids moyen du cas traité (23% des réponses des directions d'établissement – 12,5% de la communauté médicale). En la matière, les commentaires, peu nombreux au demeurant, ne permettent pas de documenter précisément les quelques évolutions ressenties, qui sont également expliquées non par une mutation effective des actes mais plutôt par un meilleur codage ou une meilleure valorisation (notamment avec les 4 degrés de sévérité).

4.6. *Un impact jugé non négligeable (66% des réponses) sur les réorganisations médicales*

- [379] Cette perception identique dans ses proportions en CHU-CHR et en CH ou en ESPIC, s'illustre par un effet accélérateur des regroupements (64% des réponses).
- [380] Un des CHU précise que ce n'est pas la T2A qui a inspiré véritablement ses évolutions d'organisation mais la recherche de l'efficacité. Une partie des autres réponses pointe *a contrario* l'effet fortement incitatif de la T2A à développer l'efficacité.
- [381] Les exemples cités concernent le regroupement de laboratoires, celui de services cliniques pour faire émerger un secteur ambulatoire, la mutualisation de moyens, le regroupement d'activités spécialisées (chirurgie, transplantation).

- [382] Toutes les réponses (établissements publics et ESPIC) mentionnent l'impact sur le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, au premier rang desquelles la chirurgie ambulatoire (84% des réponses) et dans une moindre mesure l'hospitalisation de jour et la HAD.
- [383] 64% des établissements publics et ESPIC estiment ainsi que l'instauration de la T2A a un impact global sur le panel de leur activités, pour l'essentiel par le développement d'activités nouvelles (59% des réponses des directions – 69% des responsables de pôles) : chirurgie ambulatoire, soins palliatifs, addictologie, médecine gériatrique, court séjour gériatrique, cardiologie interventionnelle, cancérologie, AVC, ...et plus généralement de toutes les activités de l'hôpital, y compris en premier recours pour les CHU. Seuls deux établissements mentionnent des réductions d'activité.
- [384] Par ailleurs, Pour 92% des établissements, la T2A incite au développement de l'analyse médico-économique et une telle approche est désormais présentée comme la règle avant tout développement d'activités ou nouvel investissement.

4.7. T2A et gestion des ressources humaines : le recrutement de nouvelles compétences, et une tension perceptible dans la relation avec les organisations syndicales

- [385] L'instauration de la T2A est perçue dans 76,9% des établissements publics et ESPIC comme ayant eu un impact sur la GRH.
- [386] Une des premiers constats sur 2008-2010 est l'augmentation des ETP et de la masse salariale des établissements qui ont répondu, avec une tendance à la stabilisation en 2010.
- [387] Dans 84,6% des cas, les nouvelles règles et les nouveaux outils ont entraîné le recrutement de profils spécifiques : contrôleurs de gestion pour l'essentiel, mais aussi assistants de gestion et TIM, à la fois pour le suivi de l'activité médicale et le suivi budgétaire et financier (sauf dans les ESPIC qui n'ont mentionné aucun de ces deux suivis).
- [388] De façon globale, la T2A est perçue par les directions comme ayant contribué à tendre le climat social interne à l'établissement (69% des réponses) et notamment la relation avec les organisations syndicales. Cette tension est plus perceptible quant le dialogue social s'inscrit dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre, la T2A intervenant comme révélateur des fragilités de l'établissement. Sur fond de tensions budgétaires et d'exigence de productivité accrue du travail dans les secteurs de soins (générée par l'augmentation d'activité et les réorganisations), on peut assister à une augmentation sensible de l'absentéisme à titre médical ou à une montée des inquiétudes (38% des réponses). Seuls deux établissements font état d'un effet positif sur le climat social, lié pour l'un à la forte augmentation d'activité et de personnel (un gros CH), pour l'autre à la plus grande responsabilisation des acteurs.

4.8. T2A et investissement : un impact fort (79% des réponses) mais très lié à la situation financière de l'établissement et à la logique de présentation de l'EPRD

- [389] Si une large majorité des établissements publics et ESPIC font un lien entre T2A et investissement, les précisions qu'ils apportent permettent de nuancer une approche qui n'est qu'apparemment monolithique.
- [390] 6 réponses mentionnent une accélération ou un renouvellement des investissements en lien avec la T2A ; 7 autres un effet positif sur l'instruction des dossiers, la T2A imposant une analyse médico-économique, le calcul d'un ROI et la mise en place d'une logique de projet ; 6 réponses font état d'un investissement devenu difficile, du fait de la situation déficitaire de l'établissement, que la T2A a révélé, ou d'un endettement important ; 2 réponses soulignent le lien désormais important entre cycle d'exploitation et capacité à investir et mentionne l'EPRD comme plus déterminant que la T2A ; 6 enfin font état d'évolutions dans leurs investissements du fait de l'instauration de la T2A (réduction ou nouveaux investissements) sans appréciation ni jugement ou analyse.

4.9. T2A et codage : une évolution des organisations pour 72,2% des CHU-CHR et des échanges encore difficiles avec les autorités chargées du contrôle de la qualité du codage

- [391] Si 64% des établissements publics et ESPIC en moyenne reconnaissent une évolution de l'organisation du codage, la différence est sensible entre les CH, qui ne sont que 57% et les CHU-CHR avec 72,2%. Les trois ESPIC mentionnent également un tel impact, tout comme l'établissement privé.
- [392] La réorganisation a pris la forme soit d'une plus grande décentralisation (35,9% des réponses), soit au contraire d'une plus grande centralisation (28,2%), sachant que les CHU comme les CH ont opté plus volontiers pour une décentralisation, les trois ESPIC pour la recentralisation de l'organisation, ce qui ne permet pas de dégager un modèle plus ou moins favorable en fonction de la taille de l'établissement.
- [393] Il apparaît que la réorganisation touche en fait les procédures et modalités du codage, avec un suivi plus régulier (64% des réponses) et une prise de conscience accrue du corps médical quant au caractère stratégique de ce codage (76,9%).
- [394] Pour autant, seuls 53,8% de ces établissements font état d'une amélioration du codage sur les trois dernières années, ce qui peut sembler étonnant au regard :
- de l'affirmation par 87,2% d'entre eux que le rôle du DIM a été renforcé ;
 - de l'indication par 92,3% des établissements qu'ils ont entamé des démarches d'optimisation du codage, avec l'appui pour 28% d'entre eux de partenaires externes ;
 - de l'amélioration reconnue par plusieurs commentaires de la qualité des dossiers médicaux ;
 - de la mention de gains constatés ou à venir suite à des recodages ou du contrôle d'exhaustivité.
- [395] Plus de 50% des contrôles de la qualité du codage par les caisses d'assurance maladie font l'objet de contestation par les établissements, en CHU comme en CH, les ESPIC ne mentionnant pas ce problème comme aigu.
- [396] 79,5% des établissements ont supporté des sanctions financières, à la fois au titre des indus et des pénalités et 43,6% d'entre eux ont des contentieux en cours, ce qui, au-delà d'erreurs toujours possibles voir de codages volontairement mal faits – mais on voit mal que cela puisse être la norme – témoigne vraisemblablement de la complexité de l'exercice, de l'importance des marges d'appréciation et peut-être du choix du recours comme mode de règlement du conflit.
- [397] Pour 77% des établissements, la T2A a eu un impact sur la facturation de l'activité
- [398] Ce nouvel outil d'allocation des ressources a conduit dans près de 75% des réponses à une évolution de la chaîne de facturation et dans 77% à une plus grande exhaustivité de la facturation, dans des proportions légèrement supérieures mais non significativement en CHU. Pour autant, seuls deux établissements ont été en mesure de répondre précisément à la question relative à l'évolution du taux de facturation sur les trois dernières années : le premier pour indiquer qu'il était à 100% sans évolution ; le second pour indiquer une évolution supérieure à 5 points sur ces trois années avec un passage d'un taux de l'ordre de 87% à un taux de l'ordre de 92% sur l'HC, l'HJ et les consultations externes.
- [399] Le délai de recouvrement a évolué positivement selon 64% des réponses.

Impact respectif de la T2A et de la loi HPST

(Moyenne des réponses)

- Sur le suivi de l'activité médicale	T2A : 80 %	- HPST : 20 %
-		
Sur le suivi budgétaire et financier	T2A : 90 %	- HPST : 10 %
- Sur la relation entre la direction et la communauté médicale	T2A : 48,8 %	- HPST : 51,2 %
- Sur l'organisation médicale	T2A : 44,5 %	- HPST : 55, %

Remarque : si les réponses sont très homogènes sur les deux premières questions, elles sont en revanche très diverses sur les deux dernières, avec des perceptions d'impact de la T2A de 20 à 100% pour la relation direction communauté médicale, et de 10 à 100% pour l'impact sur l'organisation médicale, sans que le statut ou la taille de l'établissement n'apparaissent comme un critère de différenciation

4.10. Relations avec les autorités régionales de tutelle (ARS)

- [400] Elles semblent avoir évolué dans le sens d'une pression plus grande dans le domaine budgétaire et comptable en particulier.
- [401] 53,8% des réponses font état d'un encouragement à développer des outils de suivi budgétaire et financier, la proportion étant inverse s'agissant de développer un suivi de l'activité médicale (56% des établissements ne s'y sentent pas encourager). Pour autant 59% des réponses font état d'incitations à faire évoluer l'activité médicale.
- [402] Une majorité d'établissements enfin (53%) estime ne pas recevoir d'appui des ARS pour mener à bien les évolutions, sans que ne ressortent de façon significative une sorte d'établissement ou un secteur particulier. 10% n'ont pas souhaité répondre à cette question
- [403] Les établissements qui se disent appuyés le sont pour la plupart par le biais d'un contrat de performance ANAP ; 2 établissements mentionnent la réalisation d'un benchmark, 1 établissement l'appui dans le cadre d'un PRE et le dernier dans le cadre d'une administration provisoire.

Annexe 4 : Les contrats de performance de l'ANAP

- [404] Créée par la loi HPST, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et établissements médico-sociaux (ANAP) est issue de la fusion de trois agences : la MeaH, la Mainh et le Gmsih. Installée depuis octobre 2009, elle a pour mission d'accompagner, les établissements dans l'amélioration de leur performance.
- [405] Pour mener à bien sa mission, l'ANAP s'appuie sur des contrats de performance conclus avec les établissements.
- [406] Le contrat de performance est un programme d'action signé entre un établissement hospitalier et l'Etat, représenté en l'occurrence par l'agence régionale de santé (ARS). L'objectif de ce contrat est d'améliorer la performance globale de l'établissement à travers trois leviers principaux : la qualité des soins et de la prise en charge des usagers, les conditions de travail et la performance opérationnelle. Ces trois grands axes sont eux-mêmes déclinés, en fonction du contexte local, en un certain nombre de thématiques et engagements précis et opérationnels. En outre, trois thèmes doivent être abordés systématiquement dans chaque contrat de performance : l'amélioration de la gestion des blocs opératoires, l'amélioration de la gestion des lits et la réduction des délais de prise en charge aux urgences.
- [407] Par ce contrat performance, les trois parties signataires (établissement, ARS et ANAP) s'engagent à mettre en œuvre un plan d'actions qui découle des pistes de travail retenues et à atteindre des objectifs qui ont été discutés et validés.
- [408] Ces objectifs constituent un premier niveau de transformation de l'établissement, ils sont décrits par des indicateurs portant sur les trois dimensions de la performance, et constituent un « standard de bonnes pratiques »
- [409] Les dix premiers contrats de performance ont été lancés entre le 5 décembre 2009 et le 5 janvier 2010, (CHU de Bordeaux, CHU de Nancy, les Hospices civils de Lyon, l'institut mutualiste Montsouris le CHU de Toulouse, CHU de Rennes, le centre hospitalier de Mulhouse, le CHU de Reims, le centre hospitalier de la région d'Annecy et le centre hospitalier de Pontoise)
- [410] Ces établissements ont été sélectionnés selon des critères à la fois techniques et managériaux, et non pas uniquement au regard de leur situation financière. Il s'agit là d'un point essentiel de la stratégie bâtie par l'ANAP autour des contrats de performance qui ne s'adressent pas uniquement aux établissements déficitaires mais bien à l'ensemble de la communauté hospitalière.
- [411] A l'été 2011, 25 contrats de performance avaient été signés entre l'ANAP et les établissements de santé. Selon l'étude d'impact publié en annexe de la LFSS pour 2012, l'impact des 25 contrats serait évalué à hauteur de 278 millions d'euros, dont 207 millions portant sur des mesures d'économies (20 millions pour l'optimisation des blocs, 30 millions sur l'amélioration de la gestion des lits et la réduction de la DMS et 60 millions sur la diminution du coût de production de la chirurgie avec le développement de la chirurgie ambulatoire).
- [412] Une 3ème vague de Projets Performance est prévue et 11 projets sont d'ores et déjà en cours de préparation.
- [413] L'ANAP insiste sur les caractéristiques particulières de cette troisième vague qui offre un rôle plus important aux Agences Régionales de Santé (ARS) dans la construction et la mise en œuvre des contrats performance. 20 ARS sont à ce jour officiellement candidates pour participer à la vague 3 des Projets Performance, proposant en moyenne 4 établissements par région.
- [414] Avant la sélection définitive des projets, l'ARS de Rhône-Alpes a été choisie comme région pilote pour lancer et tester le nouveau dispositif.

Axes retenus dans chaque contrat

ES	Chantiers de la feuille de route
Annecy	Optimiser de la gestion des lits
Annecy	Optimiser l'organisation et le fonctionnement des blocs opératoires
Annecy	Développer l'activité de chirurgie ambulatoire pour les interventions substituables
Annecy	Réduire les charges liées au volume de médicaments et dispositifs médicaux utilisés
Annecy	Améliorer la performance des pôles
Annecy	Optimiser la chaîne de facturation
Annecy	Améliorer la qualité des soins et des services aux patients au sein du territoire de santé
APHM	Optimiser la chaîne de facturation et de recouvrement
APHM	Optimiser et sécuriser le circuit du médicament
APHM	Développer la fonction et le développement des ressources humaines non médicales et des compétences
APHM	Accroître la performance opérationnelle des pôles (dont pôle pilote : odontologie)
APHM	Développer la chirurgie ambulatoire (augmentation du nombre de séjours)
APHM	Définir les organisations cibles du BMT pour améliorer l'accès au soin, la qualité et l'efficacité
APHM	Inscrire l'organisation de la PDS dans une perspective territoriale et optimiser la continuité des soins
Belfort - Montbéliard	Développement d'activité à potentiel
Belfort - Montbéliard	Adaptation des modes de prise en charge aux besoins des patients et réduction de la DMS dans les services de soins
Belfort - Montbéliard	Amélioration de la facturation des chambres particulières
Belfort - Montbéliard	Réduire l'absentéisme du personnel non médical
Belfort - Montbéliard	Harmoniser le dimensionnement des effectifs dans les services cliniques (IDE, AS)
Belfort - Montbéliard	Mettre en œuvre le lissage opérationnel des plannings
Belfort - Montbéliard	Optimisation de l'organisation du temps non médical

Belfort - Montbéliard	Amélioration du fonctionnement du plateau d'imagerie
Belfort - Montbéliard	Réorganisation des secrétariats médicaux et optimisation de la stratégie en matière de consultations
Belfort - Montbéliard	Améliorer l'organisation et le fonctionnement de la Pharmacie à Usage intérieur
Belfort - Montbéliard	Optimisation du coût des fonctions supports
Belfort - Montbéliard	Optimisation de l'utilisation des blocs opératoires
Bichat	Accroître l'excellence opérationnelle des pôles
Bichat	Développer l'ambulatoire, notamment chirurgical
Bichat	Optimiser les blocs opératoires
Bichat	Optimiser les plateaux de consultations externes
Bichat	Améliorer la chaîne d'information médicale et le codage
Bichat	Améliorer la gestion des lits
Bichat	Définir l'organisation cible de la pharmacie
Bichat	Mettre en place une politique RH au service de la performance
Bordeaux	Développer l'excellence opérationnelle des pôles (dégager des marges de manœuvre dans chaque pôle afin d'améliorer la qualité de prise en charge et faire croître l'activité de manière pérenne)
Bordeaux	Améliorer l'adéquation des lits aux besoins et amélioration de leur gestion
Bordeaux	Accessibilité aux équipements lourds d'imagerie
Bordeaux	Développer l'activité externe du laboratoire
Bordeaux	Optimisation de l'accueil administratif du patient et de la chaîne de facturation
Bordeaux	Optimiser la fonction Ressources Humaines
Chalon	Mettre à jour le projet médical dans le cadre de la politique territoriale, et renforcer le positionnement du CHWM en tant qu'établissement de référence sur la gériatrie
Chalon	Saisir l'opportunité du NHC pour développer des structures alternatives à l'hospitalisation complète
Chalon	Optimiser le programme capacitaire des lits d'hospitalisation dès l'ouverture du NHC et améliorer la gestion des lits
Chalon	Améliorer la prise en charge et le circuit patient aux urgences et l'hospitalisation non programmée
Chalon	Optimiser l'adéquation des ressources humaines aux besoins de l'activité (absentéisme, gestion des temps de travail)
Chalon	Améliorer la performance de la chaîne de facturation - recouvrement et valoriser les prestations hôtelières
Chalon	Mettre en place un système de pilotage et de gouvernance des pôles
Grenoble	Plateaux techniques & prescriptions médicales : médicaments consommables, actes de biologie et d'imagerie

Grenoble	Réduire les coûts d'achats via la mise en œuvre de bonnes pratiques
Grenoble	Réduire l'absentéisme et le recours aux remplacements par intérim et les heures supplémentaires
Grenoble	Réduire le coût des fonctions support
Grenoble	Améliorer le fonctionnement des blocs opératoires
Grenoble	Optimiser la prise en charge hospitalière afin de réduire la durée moyenne de séjour
Grenoble	Améliorer la qualité du dossier patient et le recueil de l'information permettant une juste valorisation de l'activité
HCL	Accompagnement du projet médical - développer l'activité d'endoscopie pour dynamiser la filière digestive
HCL	Accompagnement du projet médical - Optimiser le fonctionnement de la cardiologie médicale
HCL	Accompagnement du projet médical - Dynamiser la filière de dépistage et de prise en charge du cancer du sein
HCL	Accompagnement du projet médical - Structurer et dynamiser la médecine générale de post-urgence
HCL	Accompagnement du projet médical - Structurer et dynamiser les prises en charge en gériatrie
HCL	Amélioration du fonctionnement de la biologie
HCL	Optimiser les processus liés à la valorisation de l'activité, la facturation et le recouvrement
HCL	Optimisation de la gestion et de l'organisation des blocs opératoires
HCL	Optimisation de la gestion et de l'organisation des urgences
HCL	Développement de l'efficacité des achats
IMM	Développement du plateau technique et de l'activité
IMM	Réduire les coûts d'achats via la mise en œuvre de bonnes pratiques
IMM	Réduire l'absentéisme , développer la polyvalence des personnels de soins et renforcer les bonnes pratiques d'organisation médicale
IMM	Optimiser l'accueil des patients
IMM	Optimiser la programmation et la gestion des lits
IMM	Développer un système d'informations efficaces
Lens	Définir une cible d'investissement
Lens	Renforcer la culture de la performance
Lens	Mettre en œuvre un management social de la performance
Lens	Faire de la gestion des RH un levier de la performance
Lens	Revoir l'organisation des pôles
Lens	Mettre en adéquation les ressources avec l'activité
Lens	Réorganiser les unités d'hospitalisation
Lens	Optimiser les dépenses de fonctionnement
Lens	Améliorer la qualité de la chaîne médico-tarifaire
Lens	Mettre en place une cellule de coordination des lits
Lens	Optimiser le fonctionnement des blocs

Lens	Préparer la DSI à accompagner les évolutions de l'hôpital
Lens	Développer la chirurgie ambulatoire
Lens	Fluidifier les sorties des services MCO vers le SSR
Lens	Poursuivre la finalisation du chantier Plan de Développement Stratégique
Limoges	Investissement - Préprogramme fonctionnel du plan de modernisation : faire le lien entre les organisations, les capacités et l'architecture
Limoges	RH - Mettre en place une politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé
Limoges	RH - Organiser la fonction RH au service d'un projet social et professionnel
Limoges	Prise en charge des patients - Améliorer et faciliter l'accessibilité aux équipements lourds d'imagerie
Limoges	Prise en charge des patients - Constitution d'un circuit patient ambulatoire
Limoges	Prise en charge des patients - Mettre en place une politique d'amélioration continue de la qualité portée par la CME
Limoges	Prise en charge des patients - Améliorer la prise en charge des patients programmés et non programmés
Limoges	Prise en charge des patients - Améliorer l'accès aux compétences du CHU pour le patient et l'ensemble des professionnels de santé
Limoges	Stratégie médicale - Structurer la filière cancérologique autour de l'Institut du Cancer
Limoges	Stratégie médicale - Organiser et rendre lisible le parcours du patient vasculaire et cardiaque
Limoges	Stratégie médicale - Élaborer et faire partager les orientations stratégiques de l'établissement et accompagner la préparation du projet médical, du projet scientifique et des projets de pôles
Mulhouse	Offre médicale de territoire : développer une offre de soins intégrée entre les sites du territoire de santé permettant la mutualisation des ressources rares - filières chirurgie et cardiologie
Mulhouse	Améliorer les relations avec les médecins de ville pour assurer la continuité des prises en charge
Mulhouse	Renforcer la gouvernance et le pilotage de la performance des pôles
Mulhouse	Construire des fonctions support communes aux différents établissements de la direction commune
Mulhouse	Optimiser la gestion et l'organisation des blocs opératoires
Mulhouse	Développer l'excellence opérationnelle dans la gestion des flux patients
Mulhouse	Optimiser la gestion des stocks de médicaments et de matériel médical
Mulhouse	Investissement - dégager des marges d'autofinancement
Mulhouse	Améliorer la chaîne de facturation, renforcer l'exhaustivité et la qualité du codage
Nancy	Elaboration, déclinaison et mise en œuvre de la stratégie médicale
Nancy	Optimisation de la stratégie immobilière
Nancy	Améliorer la chaîne de l'information médico-économique
Nancy	Optimisation de la gestion des ressources humaines
Nancy	Amélioration des systèmes d'information
Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Urgences
Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Blocs opératoires
Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Transports


Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Brancardage
Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Laboratoires
Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Consommation et dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux
Nancy	Amélioration des processus organisationnels : Gestion des lits
Nantes	Accompagnement des équipes médicales dans la déclinaison de la stratégie au niveau des pôles
Nantes	Aide à la mise en place des nouvelles organisations internes - Aide au développement des outils de gestion et de contractualisation - Evaluation du coût de la recherche
Nantes	Travail auprès des prescripteurs du CHU et optimisation de l'organisation des secrétariats médicaux dans un objectif d'amélioration de la qualité de la relation avec la médecine de ville
Nantes	Améliorer la chaîne de traitement de l'information médicale
Nantes	Gestions des lits : organisation des activités programmées et non programmées en lien avec la prise en charge des urgences et la gestion des lits
Nantes	Organisation des blocs opératoires
Nantes	Organisation de l'ambulatoire et des hôpitaux de jour
Nantes	Organisation des consultations et des explorations fonctionnelles
Nantes	Ordonnancement du circuit du patient
Nantes	Coordination des parcours de soins intra et extra hospitaliers
Nantes	Valorisation du patrimoine
Nantes	Programmation Ile de Nantes
Orléans	Réorganiser les modalités de prise en charge ambulatoires : réduire / faire disparaître l'ambulatoire forain
Orléans	Optimisation du fonctionnement du bloc opératoire de l'Hôpital Porte Madeleine
Orléans	Optimisation du fonctionnement des urgences du site La Source
Orléans	Optimiser les fonctions logistiques dans une logique d'exploitation d'une structure multi-sites
Orléans	Réduire les coûts de fonctionnement de la pharmacie
Orléans	Etendre l'optimisation de la gestion des lits à l'ensemble du site La Source
Orléans	RH : absentéisme, GPMC & attractivité de la structure
Orléans	Anticiper la création du NHO, débiter la mutualisation des consultations externes
Orléans	Analyser puis réviser le plan d'investissements et le PGFP existant
Périgueux	Stratégie - appui à la mise en œuvre du projet médical dans l'environnement du CHP, en intégrant une coopération avec la clinique sur la cancérologie
Périgueux	Stratégie - amélioration de la gouvernance
Périgueux	Réorganisation des effectifs des services cliniques
Périgueux	Gestion du circuit patient
Périgueux	Optimisation du fonctionnement des blocs opératoires

Périgueux	Sécurisation de la prise en charge médicamenteuse
Périgueux	Optimisation des RH par réduction de l'absentéisme et adaptation des effectifs en fonction des organisations redéfinies
Périgueux	Optimisation de la tranche 2 du projet d'investissement
Périgueux	Réorganisation des urgences
Périgueux	Facturation des chambres particulières et soins externes
Pontoise	Renforcer la gouvernance, le management et la communication interne et externe
Pontoise	Optimiser l'organisation du temps de travail paramédical et médical
Pontoise	Optimisation du codage / facturation / recouvrement
Pontoise	Optimisation de l'unité de chirurgie ambulatoire et blocs opératoires
Pontoise	Optimisation des urgences
Pontoise	Optimisation des consultations externes
Pontoise	Optimisation de l'imagerie
Pontoise	Garantir la contribution du SI à la performance du CH
Reims	Optimiser l'organisation et le fonctionnement des blocs opératoires pour la chirurgie conventionnelle et la chirurgie ambulatoire
Reims	Optimiser le fonctionnement de l'imagerie
Reims	Optimiser le fonctionnement des laboratoires hospitalo-universitaires, en particulier dans la perspective du regroupement architectural prévu
Reims	Expertiser la cible du SIH, proposer une trajectoire qui permette l'acceptation par les professionnels de santé et renforcer le pilotage des SI dans l'établissement
Reims	Développer une stratégie et préciser les axes d'un projet médical mobilisateurs pour le personnel et permettant de renforcer le recrutement des patients
Reims	Redéfinir et relancer le projet immobilier sur la base des besoins liés aux projections d'activité et des contraintes financières
Réunion	Diffuser une culture d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques auprès de l'ensemble des professionnels de l'établissement, en lien avec l'ARS
Réunion	Amélioration de la performance RH & Management du CHR
Réunion	Optimiser la gestion du temps médical
Réunion	Elaborer le projet médical de soins, définir le périmètre des pôles d'un hôpital unique en intégrant la dimension universitaire
Réunion	Développer les potentiels d'activité pertinente dans le cadre des filières de soins et des réseaux pour mieux répondre aux besoins de la population
Réunion	Améliorer le coût et la qualité de la distribution pharmaceutique
Réunion	Optimiser la gestion des approvisionnements dans la perspective d'une mutualisation des fonctions logistiques et hôtelières à l'échelle du CHR et de la région
Réunion	Optimiser la performance du processus de facturation des activités externes dans la perspective de la mise en place d'une facturation au fil de l'eau
Réunion	Études économiques et organisationnelles des principaux projets immobiliers

Réunion	Réaliser un diagnostic des principales activités déficitaires du CHR, caractériser ce déficit et mettre en œuvre un plan d'optimisation de la performance sur un périmètre ciblé
Roubaix	Améliorer la gouvernance des pôles
Roubaix	Mettre en place la contractualisation
Roubaix	Identifier et mettre en œuvre les actions nécessaires à la diminution du déficit de 3 activités déficitaires du CH
Roubaix	Mettre en place les conditions de la poursuite du développement de l'activité y compris en développant la prise en charge du patient agé
Roubaix	Améliorer la performance du bloc opératoire et de l'anesthésie
Roubaix	Améliorer le circuit du consultant
Roubaix	Mettre en œuvre les bonnes pratiques d'achats pour en réduire les coûts
Roubaix	Améliorer la tenue du dossier patient hospitalier et le processus d'archivage
Roubaix	Diminuer l'absentéisme
Roubaix	Optimiser la définition du temps de travail
Roubaix	Optimiser, sécuriser et piloter le projet Maternité et son élargement au plan Hôpital 2012
Roubaix	Sécuriser et piloter le PRE
St Etienne	Optimiser le fonctionnement du bloc opératoire et de l'anesthésie
St Etienne	Réduire les coûts de gestion générale
St Etienne	Optimiser la gestion des lits et les organisations de travail
St Etienne	Améliorer la performance de la biologie
St Etienne	Améliorer la performance de l'imagerie
St Joseph	Développer de nouvelles activités médicales
St Joseph	Optimiser le fonctionnement du service d'accueil des urgences
St Joseph	Mettre en œuvre le plan d'adaptation des emplois et compétences
St Joseph	Réduire le coût des prestations externalisées
St Joseph	Optimisation l'efficacité de la fonction biologie
St Joseph	Optimiser le fonctionnement de la fonction stérilisation
St Joseph	Optimisation de la supply chain et des achats (pharmacie, maintenance biomédicale, hôtellerie)
St Joseph	Etendre l'optimisation de la gestion des lits à l'ensemble des activités de médecine et de chirurgie
Toulon	Evaluer les conséquences économiques de l'ouverture de Sainte Musse : assurer un EPRD à l'équilibre durable à partir de 2012
Toulon	Permettre un fonctionnement performant du plateau technique des consultations, d'explorations et de soins (PTCES) - Part des consultations externes
Toulon	Réussir le regroupement du pôle d'orthopédie-traumatologie sur le site de Sainte-Musse
Toulon	Réussir le regroupement du pôle femme-enfant
Toulon	Améliorer la comptabilité analytique dans le cadre des résultats de 2 services : gastro-entérologie et ORL

Toulon	Améliorer la performance et rationaliser les moyens de l'infectiologie
Toulon	Optimiser le fonctionnement du bloc opératoire
Toulon	Renforcer le pilotage opérationnel des pôles
Toulon	Accélérer la conversion de l'activité substituable en chirurgie ambulatoire pour améliorer la réponse aux besoins de santé du territoire
Toulon	Développer les coopérations pour permettre au CHITS d'assumer pleinement son rôle d'hôpital de référence
Toulon	Accroître la contribution du SI à la performance du CHITS
Versailles	Accompagner l'établissement dans l'adaptation du projet médical
Versailles	Réduire les risques liés au SI
Versailles	Optimiser le circuit du médicament
Versailles	Optimiser les achats
Versailles	Maitriser les enjeux de la rénovation du bloc opératoire
Versailles	Accompagner le projet RH de l'établissement
Versailles	Optimisation du service d'imagerie
Versailles	Développer les fonctions de pilotage de la performance d'un dispositif innovant de la filière ville hôpital en santé mentale
Vichy	Améliorer la qualité du codage au sein de l'établissement et raccourcir le délai de codage
Vichy	Doter l'établissement d'une comptabilité analytique complète et performante
Vichy	Accompagner l'évolution de la filière chirurgie, favoriser le développement de l'activité ambulatoire
Vichy	Optimiser la gestion des lits MCO de l'établissement pour lui permettre de tirer profit de ses marges de manœuvre et structurer la filière gériatrie au niveau territorial notamment
Vichy	Accompagner les mutations organisationnelles au sein du laboratoire, favoriser le développement d'activités nouvelles
Vichy	Sécuriser le financement des projets de nouveaux bâtiments du CH
Vichy	Optimiser les fonctions achats et logistique

Annexe 5 : Dispositif d'intéressement des HCL

 Hôpitaux de Lyon	Refonte du dispositif d'intéressement des PAM	Destinataires : [415] Chefs de PAM [416] Directeurs référents
	Date : 21 février 2011	
Emetteurs : Mission PAM/DRFCG		Validation : Gouvernance centrale

Cette note vise à présenter le cadre du nouveau dispositif d'intéressement des PAM dont les principes ont été établis suite aux échanges tenus lors de deux réunions de travail et divers échanges (téléphoniques ou mails) :

I. Les principes de l'intéressement

- **Intéressement collectif** qui puisse être utilisé comme un levier d'action, de motivation et de communication au sein du pôle
- Intéressement collectif qui **concerne tous les pôles**
- Intéressement collectif complémentaire d'un intéressement individuel du chef de PAM (à définir en lien avec la DAM)
- Une **enveloppe forfaitaire disponible même si l'établissement est déficitaire**
- Un **intéressement positif et négatif** qui permet de récompenser ou de sanctionner
- Un intéressement différencié en fonction des pôles avec **une partie institutionnelle identique à tous les pôles, une partie propre à chaque pôle. Les objectifs sont fixés et révisés chaque année**
- Un intéressement inscrit dans le contrat/avenant au contrat de PAM et **perçu que si ce dernier a été signé avant le 30 avril de l'année N**

II. Le nouveau dispositif d'intéressement

Le nouveau dispositif d'intéressement comprend 2 parties :

- **Un intéressement aux objectifs de gestion**

L'objectif est d'intéresser les pôles à l'atteinte de leurs objectifs financiers et à leur contribution à la résorption du déficit des HCL. Si les pôles atteignent les objectifs fixés (i.e. un objectif de CREA cible), ils perçoivent un intéressement positif, que leur résultat de gestion (CREA) soit excédentaire ou déficitaire. Si le résultat des HCL est en outre supérieur au résultat cible, les PAM touchent un intéressement complémentaire (bonus).

Ainsi le modèle se décompose en deux tranches :

[417] Tranche 1 : Modèle général interPAM :

Les PAM qui n'ont pas tenu leurs objectifs sont pénalisés proportionnellement à l'écart de l'objectif non tenu. Cette somme est ensuite ventilée entre les PAM ayant tenu leurs objectifs, au

prorata de leur redressement (en €). La proportion de pénalisation et d'intéressement est déterminée de manière à ce que les pénalités appliquées aux pôles n'excèdent pas 0,1% de leur chiffre d'affaire. Inversement, les pôles ayant atteint leurs objectifs ne pourront percevoir plus de 0,1% de leur chiffre d'affaire.

[418] Tranche 2 : Modèle bonus :

Si le résultat réel des HCL est supérieur au résultat cible (amélioration plus rapide), les PAM sont intéressés à hauteur de 10% de l'écart, capé à 200 k€ Cette enveloppe est ensuite ventilée entre les PAM ayant tenu leurs objectifs, au prorata de leur redressement.

Si le résultat réel est inférieur ou égal au résultat cible, application du modèle interPAM, sans bonus.

Exemple :

PAM 1	CA	Résultat N	objectifs N+1	Réel N+1	Ecart Réel/Objectif	I Général	I Bonus	I total
PAM1	8 920	-326	-334	-89	245	3	16	19
PAM2	15 305	443	230	-153	-383	-7,7	0,0	-7,7
PAM3	28 884	-4 932	1 155	289	-866	-17,3	0,0	-17,3
PAM4	42 812	-3 725	-3 222	-1 370	1 852	20,0	124,0	144,1
PAM5	14 876	-2 537	-2 200	-1 488	712	7,7	47,7	55,4
PAM6	44 379	-5 477	-4 995	-5 325	-330	-6,6	0,0	-6,6
PAM7	35 362	1 475	1 591	1 768	177	1,9	11,9	13,8
PAM8	4 357	-360	-314	-349	-35	-0,7	0,0	-0,7
	194 895	-15 439	-8 089	-6 717	2 986	0,0	200,0	200,0

Cet intéressement aux objectifs de gestion est donc un intéressement positif et négatif qui concerne tous les pôles. Il est établi sur la base d'un seul indicateur : le résultat de gestion du pôle établi par le CREA du pôle. Il synthétise et se substitue aux objectifs : « activité », « dépenses Titre 1 PNM », « dépenses titre 2 » et « production scientifique » du modèle d'intéressement antérieur.

- **Un intéressement aux projets du pôle**

L'objectif de cet intéressement est d'inciter les acteurs du pôle à mettre en œuvre leur projet en clarifiant dès le début de l'année les 3 projets les plus prioritaires du pôle.

Une enveloppe est spécifiquement dédiée au niveau institutionnel (X €; soit $X/24=Y$ €par pôle)

Intéressement réparti sur 3 thématiques :

[419] 1 thématique qualité, sécurité, satisfaction des usagers

[420] 1 thématique « projets CAP 2013 »

[421] 1 thématique prioritaire définie chaque année par la gouvernance centrale (relation inter-PAM par ex.)

Pour chaque thématique, une **liste d'actions identifiées par la DG** est proposée aux pôles. Les pôles peuvent proposer d'autres actions dans ces thématiques.

Un projet est défini pour chaque thématique. La direction en fixe un ; le pôle propose et négocie les deux autres projets dans les thématiques restantes.

Les projets sont rémunérés de manière forfaitaire à hauteur d'1/3 de l'enveloppe du pôle ($Y/3$ €/projet).

Pour chacun de ces projets/actions : 1 fiche projet précise les indicateurs de résultats mesurables et les échéances. L'atteinte de l'objectif est mesurée sur la base d'un seul indicateur.

Pour les projets pluriannuels, le retard dans l'atteinte de l'objectif sur l'exercice ultérieur donne lieu à un report du crédit lié à cet objectif.

Pour la thématique « qualité, sécurité, satisfaction des usagers », le versement du forfait est conditionné au respect des obligations réglementaires (audit IPAQSS, mise en œuvre de la chek-list des blocs, certification). La DOQ-RU définira les critères de satisfaction de cette obligation et évaluera la situation du PAM vi à vis de ces critères.

III. Utilisation des crédits d'intéressement

[422] L'intéressement positif

L'intéressement positif peut être utilisé pour des dépenses d'exploitation ou d'investissement.

Intéressement sur crédits d'exploitation :

L'intéressement peut financer des actions non reductibles : mensualités de remplacements, vacations médicales, actions de formation, consommations de produits pharmaceutiques, petits travaux d'entretien, etc.

Intéressement sur crédits d'investissement :

L'intéressement peut financer des investissements, en cas d'économies de gestion pérennes sur lesquelles le pôle s'engage.

Les propositions d'utilisation seront validées (l'opportunité et faisabilité technique par DGH ou DT, DAE, DRFCG). Les crédits d'intéressement peuvent être proposés en co-financement d'opérations d'investissements ou d'exploitation afin d'accélérer leur mise en œuvre.

- L'intéressement négatif

L'intéressement négatif est compensé prioritairement :

[423] par les crédits non utilisés les années précédentes

[424] par une diminution de mensualités de remplacement ou vacations médicales

[425] par une diminution des crédits d'investissements délégués au PAM

[426] par tout autre moyen proposé par le PAM

- Délai d'utilisation des crédits d'intéressement

Les crédits d'intéressement seront engagés dans les 18 mois suivants leur notification, sauf dérogation exceptionnelle validée par la DGH en lien avec la DRFCG.

Ils font l'objet d'une demande spécifique auprès de la direction référente du pôle qui en valide la conformité (opportunité et conformité à la charte) et la transmet à la DRFCG (qui décline ces décisions dans l'EPRD), et à la mission PAM (suivi d'utilisation par projet).

Ces crédits peuvent également être thésaurisés en perspective de résultats négatifs sur l'exercice futur.

IV. mise en œuvre du nouveau modèle

[427] intéressement des PAM sur les résultats de l'exercice 2010

Pour l'intéressement 2010, il est proposé d'appliquer partiellement le nouveau modèle en appliquant d'ores et déjà le nouveau modèle sur la partie « intéressement aux objectifs de gestion ». Les objectifs liés à la qualité seront appréciés au regard des indicateurs utilisés dans le modèle antérieur, sur la base d'une enveloppe à définir.

[428] intéressement des PAM pour l'exercice 2011

Les objectifs en termes de résultat et de projets seront négociés dans le cadre des avenants 2011.

Calendrier de mise en œuvre :

11/02/2011	Réunion groupe des chefs de PAM pour finaliser une proposition de révision du dispositif
18/02/2011	diffusion CR pour validation par mail des chefs de PAM du groupe projet
21/02/2011	Discussion et validation en gouvernance
22/02//2011	Diffusion aux chefs de PAM pour observations
25/02/2011	Passage en directoire pour concertation
21/03/2011	Présentation Assemblée Générale des Pôles
18/04/2011	Information CME

