
Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ?

Hospitals competitive financing: threat or opportunity for public services ?

Jean-Claude Moisdon et Dominique Tonneau



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1340>

DOI : 10.4000/pmp.1340

ISSN : 2119-4831

Éditeur

Institut de Management Public (IDPM)

Édition imprimée

Date de publication : 1 mai 2008

Pagination : 111-126

ISSN : 0758-1726

Référence électronique

Jean-Claude Moisdon et Dominique Tonneau, « Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public* [En ligne], Vol. 26/1 | 2008, mis en ligne le 28 avril 2011, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/pmp/1340> ; DOI : 10.4000/pmp.1340

LE FINANCEMENT CONCURRENTIEL DES HÔPITAUX : MENACE OU AVANTAGE POUR LE SERVICE PUBLIC ?

Jean-Claude MOISDON *
Dominique TONNEAU *

Résumé

La gestion du système hospitalier français vient de connaître une réforme d'envergure avec le changement de mode de financement des hôpitaux, et le passage d'un budget global à une tarification à l'activité, qui se met progressivement en place et vise à mettre secteur privé et secteur public sur un pied d'égalité quant à leur financement. Cette volonté d'insuffler un esprit d'entreprise à l'hôpital, et d'en responsabiliser les acteurs entraîne la mise en place d'indicateurs de gestion nouveaux, et de recherche d'efficacité, conditions de survie pour des hôpitaux maintenant en situation de concurrence.

Mais ces évolutions dans la gestion et la volonté de mesurer les performances risquent d'impacter fortement le périmètre et les fondements mêmes du service public : l'hôpital public saura-t-il définir sa stratégie de développement sans sacrifier la prise en charge des urgences, de la précarité sociale et des personnes âgées, qui n'ont pas de traduction, pour le moment, dans le système de tarification ?

Plus généralement, comment articuler cette dynamique de la compétition et de l'efficacité gestionnaire avec la nécessaire planification des structures, menée dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins ? L'éternel débat conflictuel privé public est ici largement dépassé : il s'agit de faire en sorte que les conditions d'efficacité demandées aux hôpitaux et cliniques n'entrent pas en contradiction avec une autre exigence fondamentale d'un système de santé, à savoir l'équité, telle qu'elle peut être ressentie aussi bien au niveau des producteurs que des usagers.

* École des Mines de Paris, Centre de Gestion Scientifique

**Petite histoire
du financement
hospitalier : un
mouvement
épicycloïdal**

Comme la plupart des pays industrialisés, la France cherche depuis 3 décennies à contenir l'augmentation des dépenses de santé, largement à la charge de la collectivité. En ce qui concerne les hôpitaux, qui représentent environ une petite moitié de ces dépenses, elle a expérimenté plusieurs modes de financement, avec 4 réformes successives en vingt ans.

Ces réformes visent évidemment à modifier le comportement des acteurs, qu'ils soient acteurs ou usagers du système, et à ce titre impactent les conditions de production du service public. Nous les rappelons ici brièvement avant d'en analyser les conséquences et les effets.

Avant 1983 : le prix de journée

Jusqu'en 1983, les hôpitaux étaient financés au prix de journée : chaque année l'établissement déterminait un projet de budget, fondé sur ses prévisions d'activité et de dépenses. Les indicateurs disponibles étaient à cette époque essentiellement centrés sur les aspects d'hôtellerie : nombre d'admissions, de journées, durée de séjour moyenne et coefficient d'occupation des lits. En privilégiant l'indicateur nombre de journées, et en lui rapportant les dépenses prévues, on parvenait ainsi à un prix de journée, qui, pour être validé, devait être approuvé par la tutelle, en l'occurrence la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS). Contrairement à l'Allemagne par exemple, qui disposait du même système, mais où le prix de journée était unique pour tout l'établissement, la France reconnaissait plusieurs prix de journée par hôpital, en fonction de grandes catégories (médecine, médecine spécialisée, chirurgie, long séjour, etc.). De plus, les calculs étaient menés par chaque hôpital, et les prix de journée pour une même discipline médico-tarifaire n'avaient donc aucune raison d'être semblables dans tous les hôpitaux d'une même région, ni a fortiori du pays. Enfin, dans la phase de calcul préalable, les établissements avaient intérêt à sous-estimer leur activité prévisible, et à surestimer l'augmentation des dépenses, de façon à obtenir un prix de journée élevé. Lorsqu'ils facturaient ensuite leurs journées aux caisses de sécurité sociale, ils pouvaient ainsi majorer leurs recettes ; et de toutes façons, leurs déficits éventuels étaient incorporés dans les charges des années suivantes, donc couverts.

Cette procédure était donc jugée inéquitable entre établissements d'une part, et inflationniste d'autre part.

De 1983 à 1996 : le budget global

Pour remédier à ces défauts il fut décidé d'accorder aux hôpitaux une dotation globale en début d'année, non modifiable en cours d'année avec leur activité, et fondé sur le budget de l'année précédente. L'augmentation d'une année sur l'autre était décidée par les DDASS, en fonction d'un taux directeur déterminé par le Ministère de la Santé. Les budgets étaient en quelque sorte figés sur leur niveau historique de 1983. Pour néanmoins permettre une certaine flexibilité, les DDASS se voyaient attribuer une marge de manœuvre, à leur disposition pour dans certains cas dépasser le taux directeur. L'octroi de bons taux directeurs, et d'une part de la marge de manœuvre plaçait les hôpitaux en situation de compétition auprès de la DDASS. Et par ailleurs, les cliniques

privées n'étaient pas touchées et continuaient à être financées par le prix de journée.

Cette procédure souleva des tempêtes aussi bien chez les directeurs que chez les médecins : impossibilité de faire face aux augmentations d'activité, à la transformation des modes de prise en charge, favoritisme envers les établissements historiquement bien dotés qui bénéficiaient ainsi d'une rente de situation, incrémentée chaque année du taux directeur, concurrence faussée avec le secteur privé, étaient les arguments le plus souvent invoqués.

Il fallait pouvoir mieux apprécier les activités, et en tenir compte dans la modulation des budgets.

De 1996 à 2004 : l'utilisation du PMSI et du point ISA

Mais parallèlement à la mise en place du budget global, la Direction des hôpitaux avait entrepris de transposer en France un système d'évaluation de l'activité hospitalière imaginé aux États-Unis, et consistant à regrouper les séjours des patients dans des groupes considérés comme homogènes tant par leurs caractéristiques médicales (diagnostics principal et associés, actes techniques réalisés, mode de prise en charge) que par la consommation de ressources induite (durée de séjour et coût notamment). Ce système d'information (PMSI, programme de médicalisation du système d'information) se développa progressivement, sur la base d'expérimentations successives, et aboutit à ce qu'en 1991 tous les établissements doivent exprimer leur activité selon cette grille (les GHM, groupes homogènes de malades), avec l'aide d'un acteur nouvellement apparu dans l'hôpital, le médecin DIM (Directeur de l'information médicale). Ainsi dispose-t-on depuis, d'une mesure de l'activité qui n'est plus fondée uniquement sur l'hôtellerie, mais qui prend en compte la spécificité des pathologies traitées dans les services de l'hôpital.

De plus, le Ministère lança sur un échantillon d'une cinquantaine d'hôpitaux volontaires une campagne de mesures des coûts associés à chaque séjour. Il fallut pour ce faire mettre au point un modèle unique et commun de comptabilité analytique capable d'affecter sans ambiguïté chacune des composantes de coûts à chaque séjour, ce qui bien entendu nécessita maintes conventions, comme dans toute comptabilité. On pouvait ainsi calculer des coûts moyens de GHM (redressés pour tenir compte de la composition de l'échantillon en fonction des différentes classes d'hôpitaux) ; pour éviter de manipuler des grandeurs financières, il fut convenu d'affecter le GHM le plus simple et le plus courant (GHM 540 : accouchement par voie basse sans complication) d'un poids égal à 1000 points, et de caler tous les autres GHM sur lui, en leur donnant proportionnellement des valeurs en points. À partir de 1995 fut ainsi établie chaque année une échelle nationale des coûts (ENC). Dès lors, en additionnant les volumes de points engendrés par les différents GHM, on avait une mesure en points de l'activité réalisée par un hôpital, ou par une région. Cet indicateur fut baptisé ISA, index synthétique d'activité, et on parlait de points ISA.

En rapportant le budget d'un établissement ou d'une région à son index d'activité, on obtenait leur valeur du point ISA, théoriquement comparable d'un

endroit à l'autre. Ces mesures firent apparaître d'énormes disparités (allant de 1 à 4) entre établissements, ce qui conformait s'il en était besoin l'inégalité de dotation en personnels entre les hôpitaux (rappelons que les dépenses de personnel représentent environ 70% d'un budget hospitalier).

La répartition des financements pouvait dès lors s'aider de ces informations, et le taux directeur national d'accroissement des budgets fut modulé selon les régions, en fonction de leur valeur du point ISA, puis à l'intérieur d'une région, les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH, créées à partir de 1996) pouvaient, ou auraient pu, moduler entre les établissements. Mais force est de constater que ce mouvement ne s'opéra qu'à doses homéopathiques.

Depuis 2004 : la montée en charge de la tarification à l'activité

De nombreux reproches étaient faits à la procédure de financement : trop lent réajustement des budgets à la réalité des activités, mauvaise prise en compte de la recherche, de l'enseignement, de l'innovation (pour y faire face, une décote de 13% était accordée aux CHU sur la valeur de leur point ISA), implication trop faible du corps médical dans la recherche de gains de productivité. On décida donc de revenir à un mode de financement fondé sur l'activité, mais cette fois, au lieu de prendre la journée indifférenciée comme base de la facturation, les hôpitaux prennent le séjour dans un GHM donné. Le Ministère part toujours de l'ENC, mais il en tire maintenant des tarifs nationaux applicables aux GHM, et c'est sur la base de ces tarifs qu'il finance les hôpitaux. Ceux-ci doivent donc prévoir et leurs dépenses, et leurs recettes en début d'année pour établir leur budget, qui prend désormais le nom de « état prévisionnel des recettes et des dépenses, EPRD ». De surcroît, on reste dans l'enveloppe de l'ONDAM (Objectif national de dépenses de l'assurance maladie) fixée depuis 1996 par le Parlement, si bien que l'on a à la fois un budget global pour la santé, et à l'intérieur une répartition à l'activité. Il en résulte que si cette activité croît trop vite, le Ministère baisse arbitrairement les tarifs en cours d'année, ce qui ne contribue pas à rendre la procédure populaire.

Le passage à la tarification à l'activité (T2A) se fait progressivement : il ne concerne que l'activité de soins aigus (à l'exclusion du long séjour, de la psychiatrie, etc.), et pour les hôpitaux publics, la fraction concernée de leur dotation va croissante : 15% en 2004, 25 en 2005, 35 en 2006, et 50 en 2007. La loi a prévu les paliers de 50% au minimum en 2008, et de 100% en 2012. Mais certains hôpitaux éprouvent déjà des difficultés à tenir les budgets, et les reports de charges sur les exercices ultérieurs se multiplient et s'aggravent.

De plus, la T2A prévoit une convergence entre secteur privé et secteur public : les cliniques privées ont leur propre échelle de coûts, qui devrait à terme être fusionnée avec celle des hôpitaux publics, et une autre procédure de montée en charge leur est appliquée : ici on prend toute l'activité en compte, mais affectée d'un coefficient atténuateur qui tend vers 1 en 2012.

BIBLIOGRAPHIE

BAZZOLI G., DYNAN L., BURNS L., YAP C. (2004), **Two decades of organizational change in health care: what have we learned ?**, Medical care Research and Review, vol 61, n°3, p 247-331.

BELORGEY N., KLETZ F., LENAY O., MOISDON J.C., ROUX S. (2006), **Les impacts des activités d'enseignement et recherche sur le fonctionnement des services hospitaliers**, Rapport à la FHF.

BERRY M. (1983), **Une technologie invisible ? L'impact des instruments de gestion sur l'évolution des systèmes humains**, École polytechnique, Paris.

ENGEL F., KLETZ F., MOISDON JC., TONNEAU D. (2000), **La démarche gestionnaire à l'hôpital, tome 2, La régulation du système hospitalier**, Seli Arslan ed, Paris.

GINTER P.M., SWAYNE L.E., DUNCAN J. (2005), **Strategic Management of Health Care Organizations**, Blackwellpublishing.

HOLCMAN R.(2006), **L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail**, Thèse de doctorat en sciences de gestion, CNAM, Paris.

LENAY O. (2001), Régulation, **Planification, et organisation du système hospitalier**, Thèse de doctorat École des Mines de Paris.

LENAY O., MOISDON JC (2003), **Du système d'information médicalisé à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier**, Revue Française de Gestion, sept-octobre.

MeaH (2004), **Pour une nouvelle gouvernance hospitalière**, Actes du colloque de septembre, Les cahiers de la MeaH, Paris.

MOISDON JC (1997), **Du mode d'existence des outils de gestion**, Seli Arslan ed, Paris.

MOUGEOT M. (1994), **Systèmes de santé et concurrence**, Economica.

TONNEAU D. (2004), **Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003, des difficultés liées à l'organisation**, DREES, Études et Résultats, n° 302, avril.

TONNEAU D. (2005), **L'application des 35H à l'hôpital public: un rendez-vous manqué avec l'organisation**, Colloque Mire Paris, mai.