

# La tarification à l'activité (T2A) ou la recherche de l'efficacité comme impératif déontologique à l'hôpital

## *The search for efficiency at the hospital as a deontological issue*

K. Le Lay<sup>[1]</sup>, R. Launois<sup>[1-2]</sup>, N. Chemali<sup>[2]</sup>

**RÉSUMÉ.** La nouvelle réforme hospitalière, avec la tarification à l'activité (T2A), répond à une logique de recherche de l'efficacité au sein de l'hôpital quelle que soit la perspective considérée : patient, établissement de soins et payeur/financeur, tout en respectant l'éthique déontologique et surtout téléologique. Elle permet également d'inclure la dimension économique dans l'évaluation des pratiques médicales.  
Mots-clés : Plan hôpital 2007 - Tarification à l'activité (T2A) - PMSI - Financement hospitalier - Évaluation médico-économique.

**ABSTRACT.** The new hospital reform based on the DRG (Disease-Related Group) approach responds to the search for efficiency in French hospitals whatever the perspective considered: patient, health establishment and payer, while respecting the deontological and teleological ethics. It gives us the opportunity to include, in the medical practices evaluation, the economic dimension.  
Keywords: Disease-related control (DRG) - Medical practice evaluation - Health establishment.

La nouvelle tarification à l'activité (T2A) s'applique désormais à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique quelles que soient leurs modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile, consultations et soins externes.

Afin de mieux cerner les tenants et aboutissants de ce nouveau mode de financement hospitalier, nous allons retracer l'historique du financement des établissements hospitaliers en France et analyser les principes et les objectifs du système actuel. Son fonctionnement, avec la prise en compte des produits pharmaceutiques figurant dans la liste des molécules onéreuses, des séjours avec actes marqueurs ou extrêmes, et les modalités de collecte et de transmission de l'information seront décrits. Les conséquences et actions à mettre en œuvre pour le directeur financier d'un hôpital, le pharmacien et le prescripteur seront tour à tour analysées.

### INTRODUCTION

La tarification à l'activité a fait son entrée dans le discours quotidien du corps médical en janvier 2004. Elle a été depuis sou-

vent critiquée, rarement vantée et surtout diabolisée car l'on retrouvait en elle, et souvent à tort, une notion de restriction des ressources destinées à l'activité médicale hospitalière, associée à une volonté de contrôle et d'évaluation des pratiques médicales, souvent très disparates et assez dépendantes des prescripteurs. De façon parallèle, cette méfiance s'est accrue devant le manque d'information et de communication au sein même des établissements de soins entre les administrateurs et les praticiens hospitaliers (pharmaciens et prescripteurs). À cela viennent s'ajouter des carences majeures en formations médico-économiques du corps soignant et en matière d'outils d'évaluation des pratiques médicales au sein des établissements de soins. Bref, une révolution dans le financement de l'hôpital en France dans un environnement de grande méfiance et, surtout, dans un contexte de recherche d'efficacité qui va à l'encontre de l'esprit du corps médical. L'ancien adage "La santé n'a pas de prix" n'est plus d'actualité.

Afin de mieux décrire la T2A, nous reprendrons, et de façon très brève, l'historique du financement hospitalier en France, avec une analyse descriptive des caractéristiques de chacune de ses étapes. Dans un second temps, la T2A et ses conséquences sur l'activité médicale seront décrites selon deux perspectives : le payeur/financeur (en l'occurrence l'assurance-maladie) et l'établissement de soins.

<sup>[1]</sup> REES France (Réseau d'évaluation en économie de la santé), 75006 Paris.  
<sup>[2]</sup> Eli Lilly & Company ; <sup>[3]</sup> Université de Paris-XIII, Paris.

## HISTORIQUE DU FINANCEMENT DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE EN FRANCE

Historiquement, le financement des établissements de soins en France est passé par quatre grandes étapes :

● **Des origines à 1984.** Avant 1984, le financement des établissements hospitaliers était basé sur le "prix de journée". Ce mode de financement à la journée peu discriminant a peu incité à une recherche de productivité au sein de cette unité de financement. En effet, l'activité hospitalière était évaluée sur la base du taux d'hébergement des patients (pourcentage d'occupation) ainsi que sur le nombre de jours passés par les patients au sein de l'établissement. Le financement était alors déterminé en fonction de ces deux paramètres, ainsi que du prix de journée correspondant (variable selon les départements médicaux). Pour les actes externes, l'activité était exprimée selon la liste et les cotations de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) avec facturation à la Sécurité sociale par l'hôpital, des lettres clés et des coefficients des actes.

Ce mode de fonctionnement présentait deux grands intérêts :

- ✓ il était similaire dans les deux secteurs public et privé (mais avec des prix de journée différents) ;
- ✓ il constituait un lien avec l'activité hospitalière, mais très peu pertinent en raison du critère principal, "la journée" ou l'hébergement.

Il présentait par ailleurs des limites majeures :

- ✓ Un mode de financement très inflationniste avec des conséquences sur les pratiques médicales et surtout sur les durées de séjour : l'élément incitatif était le taux de remplissage, et en aucun cas le *turnover* ou la recherche de l'efficacité pour chaque patient hospitalisé (les durées moyennes de séjour en France étaient à cette époque parmi les plus élevées d'Europe).
- ✓ Une incompatibilité avec l'évolution de la situation économique du pays.

Ce système persistera jusqu'en 1984, date à laquelle les établissements de soins publics et privés participant au service public (PSPH) sont passés à la dotation budgétaire globale, alors que les cliniques privées sont passées à des prix de journée dans le cadre d'un objectif quantifié national (OQN), et donc d'une enveloppe globale pour le service privé à but lucratif.

● **De 1984 jusqu'en 2003.** La part du financement par la Sécurité sociale était essentiellement assurée par une "dotation globale de financement" (DGF) limitative, indépendante du niveau d'activité de l'établissement de soins et basée essentiellement sur le bilan budgétaire référence de 1983. De façon ironique, l'une des conséquences directes de ce passage a été de pénali-

ser les établissements qui, en 1983, étaient efficaces et de favoriser, de façon non intentionnelle, ceux qui présentaient pour cette même année une non-maîtrise des dépenses. L'une des conséquences a été de figer la situation des établissements en 1984 à partir du bilan d'activité de 1983, et donc de pénaliser pour les vingt prochaines années les "bons élèves" de cette "promotion 83".

Cette dotation a eu comme autre conséquence de supprimer la facturation des prestations à la Sécurité sociale. Ces prestations seront désormais incluses dans la dotation globale annuelle.

L'évolution annuelle de cette dotation sera assurée par l'application d'un "taux directeur", fixé par les pouvoirs publics ( $DGF_n = DGF_{n-1} + x\%$ ) ou les dépenses autorisées pour l'année  $n$  seront égales à celles de l'année  $n-1 + x\%$  d'évolution autorisée.

Cette approche par dotation globale a eu pour résultat immédiat une maîtrise des dépenses hospitalières, mais non associée à une prise en compte de l'évolution différenciée de l'activité des établissements de soins depuis 1983. À cela viennent s'ajouter des règles de jeu inéquitables avec des rallonges budgétaires régulières et surtout différentes, voire inégales, entre les établissements de soins.

● **À partir de 1996.** Une régulation par le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) a été introduite dans l'attribution des enveloppes budgétaires.

Les objectifs étaient de :

- ✓ reconstituer un lien entre l'activité hospitalière et le financement (activités médicales pondérées) ;
- ✓ lutter contre les inégalités inter- et intrarégionales et renforcer la contractualisation tout en conservant une maîtrise nationale des dépenses.

Le principe était d'attribuer à chaque patient hospitalisé un nombre de points ISA (indice synthétique d'activité) défini à partir de la pathologie d'origine responsable de son hospitalisation ainsi que les comorbidités associées à son état de santé. L'activité annuelle de l'établissement sera évaluée sur la base du cumul des points ISA recueillis au cours de l'année. Connaissant l'enveloppe budgétaire annuelle de l'établissement, nous pouvons facilement calculer la valeur locale en euros, par établissement, du point ISA (plus la valeur en euros de ce point ISA est faible et plus l'établissement de soins est efficace). Cela permettra par la suite d'assurer une régulation des enveloppes budgétaires au sein d'une même région ainsi qu'entre les régions : la valeur régionale du point ISA sera égale à la somme des budgets des établissements MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) de la région, divi-

sée par la somme des points ISA réunis sur la région considérée. Ce principe a été appliqué aux établissements publics ainsi qu'aux établissements privés participant au service public (PSPH).

Pour les cliniques privées, la rémunération était cadrée par un objectif quantifié national (OQN) et régional (OQR) avec une augmentation bien contrôlée malgré une tarification à la journée et à l'acte, régulée par une dotation annuelle globale uniquement pour les frais d'hébergement, le paiement des actes médicaux étant hors OQN.

Ce mode de fonctionnement présentait des avantages indéniables. Ainsi, le PMSI était :

- ✓ un premier outil permettant la description et la quantification de l'activité hospitalière ;
- ✓ un instrument rigoureux avec un lien clair à l'activité, relativement objectif, assez transparent et surtout d'une aide précieuse dans la répartition des enveloppes budgétaires entre les établissements d'une même région et entre les régions elles-mêmes.

Par ailleurs, il présentait certaines limites :

- ✓ une régulation très progressive avec une réduction modérée des inégalités dans un contexte de tensions budgétaires (mesures nationales insuffisamment financées) et de raréfaction des moyens humains ;
- ✓ une absence de fongibilité budgétaire public/privé.

La suite logique de la mise en place de la régulation budgétaire globale par le PMSI a été la réforme du financement hospitalier avec le "Plan hôpital 2007". Cette réforme a été instaurée en janvier 2004 avec une mesure phare : la "tarification à l'activité" (T2A).

● **De 2004 à 2012.** La mise en place du "Plan hôpital 2007" (1) avec la tarification à l'activité (T2A) a pour principaux objectifs :

- ✓ l'harmonisation des modes de financement des secteurs public et privé, et l'alignement des règles de fonctionnement entre les deux types de structures ;
- ✓ la rémunération des établissements en fonction de leur activité avec, pour unité de mesure, le Groupe homogène de séjours (GHS) ;
- ✓ le renforcement de l'activité dans le financement hospitalier et donc l'incitation à plus d'efficacité et d'initiatives et à l'optimisation des ressources ;
- ✓ le paiement forfaitaire : un GHS = un tarif (avec des variations minimales selon le coefficient géographique et pour les séjours extrêmes) ;
- ✓ la souplesse dans l'adaptation des ressources aux évolutions de l'offre de soins et des besoins de la population.

## LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

● **Description de la T2A.** Le système de financement hospitalier, dans le cadre de la T2A (2), devient dépendant de l'activité médicale MCO mesurée grâce au séjour du patient et à son suivi à travers son hospitalisation au sein de l'établissement ou bien entre les différents établissements de soins, d'où l'importance de l'information (3) :

- ✓ le codage de l'information médicale, du diagnostic et des actes réalisés lors du séjour ;
- ✓ la transmission de l'information au payeur (l'assurance-maladie) ;
- ✓ la rémunération de l'établissement de soins selon l'activité médicale, décrite dans le codage, et transmise au payeur.

Une partie de l'activité hospitalière sera intégralement financée par l'enveloppe budgétaire, comme les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). D'autres activités auront un financement mixte (dotation budgétaire et financement lié à l'activité) comme les urgences et l'activité de prélèvement des organes.

Le principe de la T2A est simple. Pour une **pathologie A**, l'établissement sera remboursé x K€, quels que soient la durée de séjour (située entre les bornes hautes et basses du GHS), les actes réalisés ou bien les produits utilisés [sauf pour certaines molécules ou certains dispositifs médicaux considérés comme onéreux et mis sur une liste dite "liste des molécules onéreuses"] (2).

Ainsi, pour un patient hospitalisé pour une pneumopathie infectieuse et codé dans le GHS 1109 "Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans avec complications (CMA)" (2), l'hôpital va recevoir de la Sécurité sociale 6 465,92 € pour l'hospitalisation. La durée de séjour doit être située entre les bornes basses et hautes du GHS (2 et 29 jours pour ce GHS). La situation des séjours extrêmes sera discutée ultérieurement.

Ce tarif du GHS est national ; il détermine la rémunération et donc les recettes des établissements. Il couvre les salaires du personnel médical et paramédical ainsi que les frais des consommables médicaux et des produits pharmaceutiques hors liste des molécules onéreuses, l'amortissement, la maintenance, la logistique médicale, les actes médico-techniques et les frais de structure.

– **Le médicament.** Les médicaments ont vocation d'être inclus dans le tarif du GHS, sauf pour ceux figurant dans la liste des molécules onéreuses (2, 4), qui seront remboursés en sus en raison d'un impact significatif sur ce GHS s'ils y sont inclus. Cette liste est fixée par arrêté et révisée annuellement (près de 100 produits se trouvent actuellement sur cette liste, essentiellement les produits de chimiothérapie). Ces produits seront remboursés intégralement (100 %) si un contrat de bon usage (5) est signé entre l'établissement de soins et l'Agence régio-



nale de l'hospitalisation (ARH), et surtout s'il est appliqué. Si, au contraire, ce contrat n'est pas respecté (utilisation du produit hors toute autorisation ou consensus), le remboursement du produit est plafonné à 70 %.

Ainsi, une séance de chimiothérapie ambulatoire correspond au GHS 8300 avec un tarif de 424,17 € par séance [tarifs du 1<sup>er</sup> mars 2005 (2)], quels que soient la pathologie de base ou le produit utilisé. En considérant un patient atteint d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) à un stade avancé ou métastatique, traité en première ligne par des oncolytiques de troisième génération (vinorelbine, gemcitabine, paclitaxel, docétaxel) en association avec des sels de platine (cisplatine ou carboplatine), nous constatons que le coût moyen de ces produits de chimiothérapie est de 1 100 € par séance. Ce coût est largement supérieur au tarif du GHS (424,17 €), d'où la décision de rembourser ces produits en plus du GHS afin de permettre aux établissements de soins de maintenir une activité de chimiothérapie avec des produits innovants.

Le prix de ces produits sera fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) selon une procédure décrite par l'Accord cadre signé entre les entreprises du médicament (LEEM) et le Comité économique des produits de santé (CEPS).

En cas d'augmentation significative de l'activité ou de dépenses de médicaments ou de dispositifs médicaux (DM), une décision modificative pour approbation sera soumise par l'établissement de soins à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Ces produits, remboursés en sus du tarif du GHS, constituent toujours un coût pour l'établissement de soins. Ainsi, dans une perspective hospitalière, les molécules onéreuses seront associées à :

- ① Un coût de trésorerie essentiellement lié aux écarts existants entre, d'un côté, les délais de paiement de 50 jours (en moyenne) pour les compagnies pharmaceutiques et, d'un autre côté, le remboursement par la Sécurité sociale du produit dans un délai moyen de 6 mois.
- ② Un coût lié au non-remboursement à 100 % par la Sécurité sociale du prix du produit essentiellement lié au non-respect du contrat de bon usage (5).
- ③ Un coût lié à la préparation pharmaceutique du produit valorisée uniquement dans le cadre de la rétrocession (15 % du prix du produit) et de la mise à disposition de ces produits pour la ville ou les soins ambulatoires (6-8).

Ainsi, pour le médicament, nous passons d'un marché libre à l'hôpital à un marché régulé. Le prix des spécialités sera déterminé comme suit :

✓ Les produits de la liste des molécules onéreuses : le tarif de remboursement est plafonné par le CEPS.

✓ Les produits de la liste "rétrocédable" (sauf ATU et autorisations d'importation) : le tarif de remboursement est plafonné par le CEPS.

✓ Les produits ne se trouvant pas sur la liste rétrocedable (6) ou celle des molécules onéreuses (2) : passage en ville avec le processus classique de négociation de prix de remboursement avec le CEPS.

Les produits à l'hôpital qui resteront à un prix libre seront essentiellement les produits en ATU et les produits strictement hospitaliers qui ne figurent sur aucune des deux listes : rétrocedables ou molécules onéreuses (figure 1).

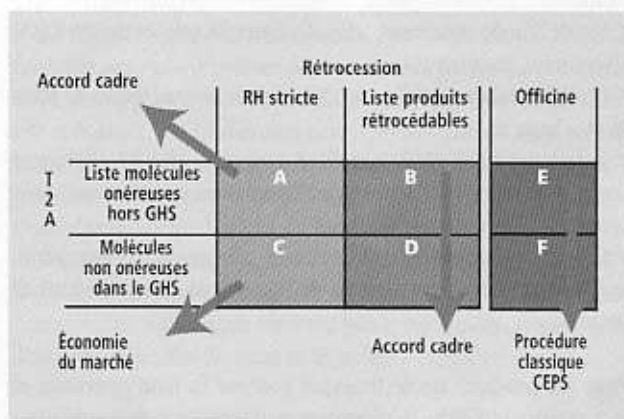


Figure 1. Listes des produits rétrocedables et onéreux.

Ainsi, pour la "rétrocession", et essentiellement sur une base pharmacologique et de sécurité d'emploi, les produits seront répartis en trois catégories :

- ✓ la réserve hospitalière stricte RH ;
- ✓ la liste rétrocedable ;
- ✓ les produits qui passeront en officine et qui n'auront plus aucune raison d'être maintenus à l'hôpital.

Dans le cadre de la T2A et de la définition du statut des molécules onéreuses, les produits seront répartis en :

- ✓ médicament figurant sur la liste des molécules onéreuses (MO), remboursé en sus du GHS ;
- ✓ médicament ne se trouvant pas sur la liste et dont le coût est inclus dans le GHS.

Dans une perspective médicament, le croisement du décret "Rétrocession" avec la T2A va définir six nouvelles catégories et/ou statuts de produits à l'hôpital (figure 1) :

- ✓ produit A : produit en réserve hospitalière stricte (RH) et figurant sur la liste des molécules onéreuses (MO) ;
- ✓ produit B : produit rétrocedable et figurant sur la liste des molécules onéreuses (essentiellement les oncolytiques) ;
- ✓ produit C : produit sur la liste onéreuse mais vendu en officine ;

- ✓ produit D : produit strictement hospitalier et ne figurant pas sur la liste onéreuse ;
- ✓ produit E : molécule rétrocéderable et hors catégorie onéreuse ;
- ✓ produit F : molécule vendue en officine et hors catégorie onéreuse.

Suite à cette classification, il devient évident que, selon la nature et le statut du produit utilisé, le budget hospitalier sera impacté différemment. Ainsi, pour couvrir l'impact budgétaire associé à l'utilisation de ces produits de la liste, le pharmacien devra être particulièrement attentif aux points suivants :

- ✓ les délais de paiement, afin de lisser la trésorerie de l'établissement de soins ;
- ✓ les commandes en flux tendu, afin de ne pas avoir de frais de stockage ;
- ✓ le recours à des produits prêts à l'emploi, afin de minimiser les frais de reconstitution, lesquels ne seront couverts que dans le cadre des produits rétrocedés (+ 15 %) ;
- ✓ le respect du contrat de bon usage, afin de ne pas être pénalisé par le remboursement des produits par la Sécurité sociale.

Pour les produits ne se trouvant pas sur la liste onéreuse et inclus dans le GHS, le pharmacien hospitalier devra démontrer toute sa capacité de négociation des prix des produits afin de réduire l'impact du coût de ces derniers sur l'efficacité financière du GHS.

– *Réanimation et unité de soins intensifs.* Un supplément "Réanimation" sera ajouté au remboursement du GHS par la Sécurité sociale. Ce remboursement se fera sous la forme d'un forfait journalier [833,24 € (2)], lequel sera multiplié par le nombre de jours passés en réanimation avec actes marqueurs.

Par exemple, pour un patient hospitalisé en réanimation pour un sepsis sévère avec des actes marqueurs quotidiens pour une durée totale de 10 jours, l'établissement recevra 8 332,4 € (10 x 833,24 €) en plus du GHS du patient.

Ainsi, et en reprenant le premier exemple sur la pneumopathie infectieuse – pour un patient âgé de 36 ans hospitalisé pour une pneumonie infectieuse hypoxémiant qui a nécessité son passage dans un service de réanimation médicale pour une durée totale de 10 jours, avec intubation/ventilation avec recours à une molécule se trouvant sur la liste des molécules onéreuses (et prescrite dans le respect du contrat de bon usage) –, l'hôpital recevra de la Sécurité sociale :

- ① le tarif du GHS (1109), soit 6 465,92 € ;

- ② le supplément journalier lors d'un séjour en réanimation sur la base d'un prix de journée (10 jours en réanimation x 833,24 €), soit 8 332,4 € ;

- ③ le remboursement à 100 % (à condition que la prescription réponde au contrat de bon usage) du médicament onéreux utilisé pour ce patient lors de son séjour.

– *Pour les séjours extrêmes (outliers),* c'est-à-dire les séjours dont la durée est supérieure ou inférieure aux marges définies pour chaque GHS, certaines règles seront à intégrer dans l'algorithme de groupage :

- ✓ Si le séjour est plus long que la borne haute du GHS, une facturation en plus du GHS de chacune des journées (N) réalisées au-delà de la borne supérieure aura lieu avec application d'un coefficient réducteur de 0,75 : coût du séjour = GHS + 0,75 x N x (GHS/DMS) [DMS = durée moyenne de séjour du GHS].

- ✓ Si le séjour est plus court que la borne basse du GHS, une minoration de 0,5 du tarif du GHS aura lieu : coût du séjour = GHS x 0,5.

● **Pour le financement ne relevant pas de l'activité (2),** l'encadrement est national. L'enveloppe est fermée et les ressources sont allouées contractuellement par les ARH.

Deux objectifs de ce financement par l'enveloppe budgétaire se dessinent :

- ✓ financer les activités n'ayant pas vocation à être soumises à une tarification variable comme l'enseignement, la recherche et d'autres missions d'intérêt général (MIG) telles que le SAMU, les centres antipoison... ;

- ✓ assurer l'aide à la contractualisation (AC) avec identification des ressources accompagnant la contractualisation des établissements avec l'ARH (accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens) comportant des missions comme la qualité, la mise en œuvre du SROS, etc.

● Depuis 2004, nous assistons à un passage progressif des hôpitaux publics et privés participant au service public (PSPH) de la dotation globale (DG) à la tarification à l'activité, avec une montée en puissance de cette part liée à l'activité dans le budget de l'établissement de soins :

- ✓ en 2004, 10 % des recettes ;
- ✓ en 2005, 20 à 30 % ;
- ✓ en 2006, plus de 30 %...

La fin de la réforme est prévue vers 2012 avec le passage de tous les hôpitaux publics et PSPH à un financement 100 % lié à l'activité (à l'exception de la part budgétaire à vocation de financement d'une fonction ne relevant pas de l'activité, comme le MIGAC). Pour les établissements du secteur privé à but lucratif (cliniques

privées), le passage à la tarification à l'activité se fera de façon plus rapide, avec 100 % de financement lié à l'activité, à partir de mars 2005.

Pour l'année 2004, la transmission des données d'activité et des dépenses de médicaments et de dispositifs (DMI) coûteux par établissement de soins à l'ARH sera trimestrielle. Ces données seront également transmises, de façon parallèle, aux caisses d'assurance-maladie.

Les données d'activité d'un trimestre non transmises dans les délais devront être adressées par l'établissement de soins lors de la transmission des données d'activité du trimestre suivant. Les données complètes et définitives de l'année n seront à transmettre au plus tard à la date butoir du 1<sup>er</sup> mars de l'année n+1.

À partir de 2006, ces mêmes données d'activité seront transmises, uniquement aux caisses pivots, par les établissements de soins afin qu'ils soient payés. Il n'y aura plus de transmission aux ARH. Ces agences auront cependant la responsabilité de la gestion des enveloppes budgétaires suivantes :

✓ La part du financement des hôpitaux, qui reste sous la forme de budget global et devra diminuer progressivement avec la montée en puissance de la tarification à l'activité dans le financement hospitalier (jusqu'à la disparition totale avec la fin de la réforme, prévue vers 2012).

✓ La part du financement non liée à l'activité, comme le budget MIGAC.

Un système de contrôle sera mis en place, avec pour objectifs :

✓ de repérer les erreurs de codage des données PMSI susceptibles d'induire des paiements injustifiés par l'assurance-maladie ;

✓ de vérifier la qualité de l'information médicalisée produite par les établissements de soins.

Des pénalités financières seront appliquées aux établissements devant le constat d'erreurs préjudiciables à l'assurance-maladie (caractère répétitif ou systématique de certaines erreurs).

#### CONSÉQUENCES DE LA T2A SUR L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Pour les établissements de soins, la recherche de la productivité et de l'efficacité devient un impératif économique pour une survie durable et le maintien d'une activité.

✓ Le premier objectif de l'établissement de soins sera de *sécuriser les recettes* par une codification exacte et exhaustive de tout séjour ou de toute activité ou prise en charge hos-

pitalière. Cette première étape est essentielle et constitue la phase sur laquelle une action directe et immédiate peut être menée. **Le travail de codification est un "art"**, et ne doit en aucun cas être laissé entre les mains de personnes non expérimentées ou non formées. Ce travail devrait avoir lieu presque au lit du patient, au moment de la sortie de l'établissement, et être sous-tendu par un dossier médical bien tenu et surtout bien documenté. Ainsi, une complication majeure non reportée peut avoir pour conséquence de diviser les recettes du GHS par deux. Aucune entreprise ne peut se permettre une réduction de moitié de ses recettes et continuer ainsi une activité !

✓ *Le GHS constitue la recette que l'établissement de soins va recevoir pour avoir pris un patient en charge.* La question cruciale qui se pose et qui constitue le second point, le plus difficile à évaluer, est la suivante : correspond-elle au coût réel de la maladie résultant de cette hospitalisation ?

Deux étapes cruciales seront donc à sécuriser :

- ① Assurer les recettes par une codification efficace et factuelle.
- ② Évaluer les vrais coûts de la maladie en se fondant sur une comptabilité analytique interne, pièce maîtresse de tout bilan d'activité d'un établissement de soins.

✓ La troisième et dernière étape serait de confronter "entrées" (GHS) et "sorties" (le vrai coût de l'hospitalisation) pour réaliser le bilan financier de l'établissement, et surtout prendre des mesures modificatives dans notre pratique, qu'elles soient d'ordre médical ou autre, afin d'équilibrer recettes et dépenses (figure 2).

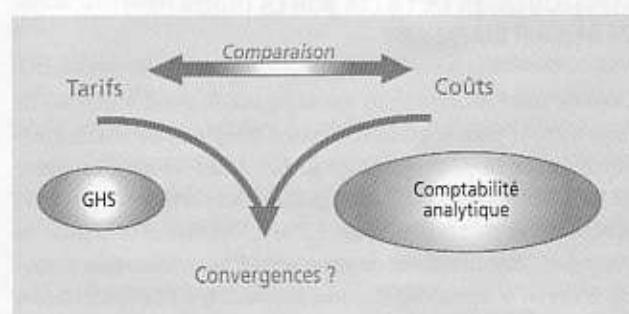


Figure 2. Bilan d'activité hospitalière.

Le *Disease Management* prend toute son ampleur dans l'évaluation, interne à l'établissement, du coût réel de la maladie. Cette confrontation est bien illustrée dans la figure 3. La durée de l'hospitalisation est reportée sur l'axe des abscisses alors que, sur l'axe des ordonnées, nous retrouvons les dépenses (ou le vrai coût de la maladie) en situation cumulative.



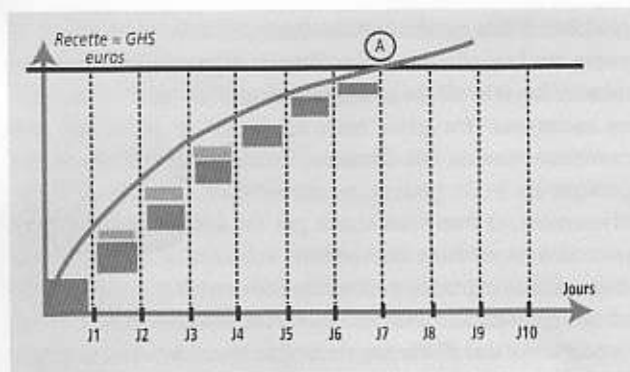


Figure 3. Bilan financier par GHS.

La limite supérieure (en rouge) correspond à la recette induite par la codification du patient dans le GHS concerné. Nous remarquons, et ce de façon très claire, qu'à partir d'une certaine durée d'hospitalisation, le GHS devient déficitaire pour l'établissement de soins (à partir de J7, le patient hospitalisé a atteint la limite d'acceptabilité financière pour ce seul GHS), c'est-à-dire que les frais engagés par l'établissement de soins (les dépenses réelles) pour couvrir une pathologie donnée ont dépassé les rentrées (recettes) en relation avec cette même pathologie.

Deux variables apparaissent comme cruciales dans cette évaluation, un grand nombre d'éléments pouvant avoir une action directe ou additive sur la durée de séjour du patient et sur le coût journalier réel de l'hospitalisation.

#### CONSÉQUENCES DE LA T2A SUR LA DURÉE DE SÉJOUR DU PATIENT

Comme nous le constatons sur la *figure 3*, il est impératif de faire sortir le patient avant le 7<sup>e</sup> jour d'hospitalisation afin d'espérer garder un bilan financier positif. Ainsi, **la mise en place de structures d'aval et l'anticipation des sorties des patients seront des facteurs cruciaux**. Le développement et la mise en place par l'établissement de structures d'hospitalisation ambulatoires (ou à domicile) comme alternative à l'hospitalisation classique permettront de conserver le coût du GHS au-dessous du niveau de la recette.

Regardons également, outre la dimension strictement économique et financière, la dimension médicale de cette approche : la situation du patient doit s'améliorer rapidement. Une infection nosocomiale, qui aura pour conséquences une prolongation de la durée d'hospitalisation et une augmentation des coûts de la prise en charge, sera responsable d'une situation difficile pour le patient tout comme pour l'hôpital.

La *figure 4* reprend de façon assez schématique l'interaction entre les deux facteurs principaux pouvant affecter le bilan financier du GHS.

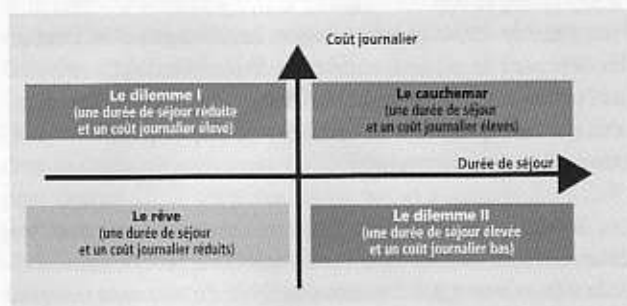


Figure 4. Bilan financier par GHS.

Quatre situations se dégagent de cette figure. La question semble simple pour les deux premières situations, "rêve" et "cauchemar". Concernant les deux "dilemmes", il s'agira de trouver le point d'inflexion à partir duquel les économies faites sur l'un des deux critères, coût journalier ou durée de séjour, arrivent à couvrir (Acceptable I et II) les déficits occasionnés ou pas (Cauchemar I et II).

En d'autres termes, nous aurons les situations suivantes :

- ✓ La zone "Acceptable I" se caractérise par le GHS où les économies faites grâce à une réduction de la durée de séjour arrivent à couvrir un coût journalier élevé ; la situation "Cauchemar I" en est l'opposé, avec des économies faites sur les durées de séjour insuffisantes pour couvrir les coûts journaliers élevés.
- ✓ La zone "Acceptable II", où les économies au moyen d'une réduction des coûts journaliers arrivent à couvrir un coût élevé associé à une durée de séjour longue ; la situation "Cauchemar II" en est l'opposé, avec des économies faites sur le coût journalier insuffisantes pour couvrir le coût associé à une durée de séjour élevée.

La *figure 5* reprend de façon très schématique la discussion ci-dessus.

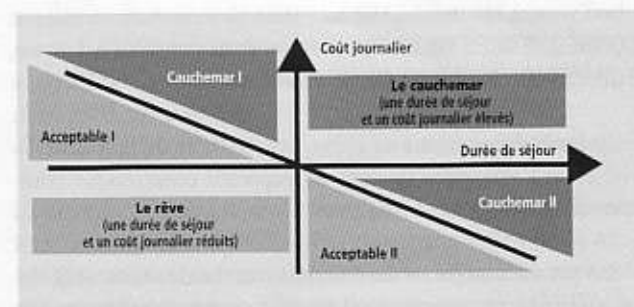


Figure 5. Bilan financier par GHS (points d'inflexion).

## RECHERCHE DE L'EFFICIENCE

Comme son nom l'indique, la T2A consiste à rémunérer l'établissement de soins selon l'activité médicale pratiquée réalisée par ce dernier : un tarif national fixe pour une activité hospitalière bien définie. Le principe répond à une logique économique classique et, surtout, à une approche très pragmatique de la rémunération de l'activité.

Ce système est régulé à un niveau macroéconomique dans une logique de budget global avec une répartition des volumes au sein d'une enveloppe budgétaire toujours identique. En cas d'utilisation fréquente d'un GHS, le tarif de ce GHS est alors modifié à l'aide d'un processus de réajustement interne dans la répartition des ressources au sein de l'enveloppe budgétaire. À partir du moment où un GHS est codifié plus souvent, un système de réajustement du tarif de ce GHS est prévu. En d'autres termes, la T2A introduit un réajustement interne dans la répartition des ressources au sein de l'enveloppe budgétaire, laquelle reste bien présente.

Cela devrait inciter les établissements à sécuriser les recettes par une codification stricte, et surtout à rechercher l'efficacité. Ainsi, un patient qui développe une infection à l'hôpital ou une complication secondaire à sa prise en charge nécessitera des ressources majeures et une hospitalisation plus longue, avec également comme conséquence pour l'hôpital un *turnover* des lits plus lent. Ces ressources additionnelles ne seront pas rémunérées en sus du GHS où l'hospitalisation du patient a été codifiée.

Dans cette perspective, et surtout dans cette recherche de l'efficacité, les dépenses engagées par l'établissement devront être ventilées à la journée et selon le patient.

Les dépenses ventilées à la journée qui sont à considérer sont les salaires du personnel soignant (médecins, personnel infirmier...), les consommables médicaux, l'amortissement et la maintenance, la logistique médicale, la logistique générale, la restauration et la blanchisserie.

Les dépenses ventilées au patient à prendre en compte sont les suivantes : les examens de laboratoire, l'imagerie et les explorations fonctionnelles, les actes extérieurs, l'anesthésie et le bloc opératoire, les urgences hospitalières, la radiothérapie, les consommables et les dispositifs médicaux, les dérivés du sang, les molécules et les dispositifs onéreux.

## COMMENT AGIR ?

① Sur la durée moyenne de séjour (DMS) : en **réduisant la durée de l'hospitalisation** avec modification de la modalité de prise en charge thérapeutique du patient associée au déve-

loppement extensif des prises en charge alternatives. Cela aura pour conséquence majeure la modification des dépenses ventilées à la journée : l'hospitalisation au domicile des patients (HAD) associée à des coûts plus faibles, l'hôpital de jour (HDJ), la prise en charge ambulatoire.

② Sur la prescription hospitalière par les analyses des pratiques avec **évaluation des coûts réels de la prise en charge de la pathologie** : isoler le poste médicament associé à un patient et à un séjour et GHS, puis analyser spécifiquement par pathologie les pratiques médicales.

Les éléments indispensables pour assurer cette ventilation sont les suivants : une excellente connaissance de la répartition des charges, une connaissance stricte de la durée de séjour comparée au point d'inflexion décrit précédemment, une évaluation analytique des GHS, consistant surtout à bien isoler chaque poste de comptabilité analytique et incluant – pourquoi pas – une comparaison des services avec ceux considérés comme référence ou une comparaison des services entre eux.

Ce qui sous-tend :

- ① Une excellente codification (afin de sécuriser les recettes), et donc un système d'information performant.
- ② Une comptabilité analytique fine, et donc une analyse comptable détaillée du GHS.
- ③ Des tableaux de bord parfaitement définis en interne, et surtout une volonté politique hospitalière de les utiliser.
- ④ Des analyses de pratiques (audit) régulières, avec recours aux prises en charge alternatives.

## AVEC QUI AGIR ?

Les acteurs ayant un rôle déterminant dans la conduite de cette réforme du financement hospitalier en France sont les suivants :

① Le directeur des affaires financières (DAF), chef d'orchestre des établissements de soins. Il devrait travailler en étroite collaboration avec deux interlocuteurs essentiels, le pharmacien hospitalier et le médecin de l'information médicale (DIM).

② Le pharmacien hospitalier (PH), responsable des achats des produits de santé, de la négociation des prix des médicaments et des dispositifs, du Code des marchés publics (CMP)... Il est souvent à la tête du Comité du médicament de l'établissement (COMEDIM) et intervient dans le référencement des produits, du contrat de bon usage, des molécules onéreuses, de la rétrocession, du circuit du médicament...

③ Le médecin de l'information médicale (DIM), à l'interface entre l'établissement de soins et le payeur/financeur. Il suit recettes de l'établissement et des évaluations économiques des

.../...



.../...

pathologies. Il est également le lien essentiel entre administrateurs et corps médical.

④ Le prescripteur, toujours incontournable, devrait travailler en très étroite collaboration avec le pharmacien hospitalier et le médecin DIM afin de standardiser l'activité médicale avec une évaluation médico-économique systématique. Il est à l'origine des éléments suivants : la durée de séjour du malade, les prescriptions de médicaments au coût d'acquisition élevé mais ne figurant pas dans la liste des molécules onéreuses, d'exams complémentaires, d'explorations fonctionnelles inclus également dans le GHS.

## CONCLUSION

Si nous insistons, dans notre ancien adage, sur le fait que "La santé n'a pas de prix", il est impératif d'admettre que les ressources investies dans la santé sont limitées. **La pratique médicale non couplée à une évaluation médico-économique relève du passé.**

Cette évaluation économique a été, et pendant longtemps, marginalisée, essentiellement par le corps médical et, à un moindre degré, par les économistes. Elle a souffert d'une confusion entre rationnement des soins et évaluation économique d'une activité thérapeutique. Les prescripteurs ont longtemps contesté le droit des économistes à s'intéresser à l'activité médicale au nom d'une contradiction hypothétique (non démontrée) entre l'approche économique et le code éthique.

Cette approche économique a pour principal objectif d'établir le meilleur état individuel et surtout collectif avec les ressources humaines, financières et techniques disponibles, ou de trouver les moyens indispensables pour minimiser les coûts nécessités par la recherche d'un état de santé bien défini. En d'autres termes, nous pouvons rédiger cet objectif sous deux formes :

- ✓ maximiser l'état de santé individuel et collectif avec des ressources connues, disponibles et non extensibles,
- ✓ ou minimiser les coûts pour un état de santé connu et bien défini.

La tarification à l'activité (T2A) répond exactement à cette logique, aussi bien à un niveau individuel que collectif, et surtout quelle que soit la perspective considérée : patient, établissement de soins et payeur/financeur, tout en respectant l'éthique déontologique et surtout téléologique. Elle permet également d'inclure la dimension économique dans l'évaluation des pratiques médicales. Finalement, et dans une perspective hospitalière, elle répond à une belle logique d'incitation à l'efficacité. ■

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Mission tarification à l'activité. <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/t2a/accueil.htm>
2. Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A n° 2005-119 du 1<sup>er</sup> mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. Annexes : Tarifs des Groupes Homogènes de Séjour, suppléments journaliers.
3. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATH/CTIP). <http://www.atih.sante.fr>. Guide méthodologique du recueil des informations du PMSI en MCO.
4. Direction des affaires économiques et relations institutionnelles. LEEM. Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A n° 2005-119 du 1<sup>er</sup> mars 2005. Annexe V liste des médicaments financés en sus des tarifs.
5. Décret relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la Sécurité sociale, version consolidée au 26 août 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SSHICYA.htm>
6. Arrêté et ses annexes du 22 juillet 2005 modifiant l'arrêté du 17 décembre 2004 fixant la liste (molécules rétrocédables) prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/retrocession/retro5.htm>
7. Association pour le développement de l'Internet en pharmacie hospitalière (ADIPH). Prix de cession. <http://www.adiph.org/>
8. Arrêté du 20 décembre 2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. Pharmacies à usage intérieur (PUI) et préparations centralisées. Avis publié au Journal officiel le 23 décembre 2004.