

Marie-Gabrielle DANIEL, François MADELMONT*

Tarification à l'activité : son impact en termes organisationnels

RÉSUMÉ

La tarification à l'activité (T2A) est désormais mise en œuvre au sein de l'ensemble des établissements de soins, qu'ils appartiennent au secteur privé lucratif, au secteur public ou encore qu'ils soient de droit privé à but non lucratif (PSPH). La mise en place progressive de ce dispositif dans un secteur naguère financé par dotation globale induit une évolution pratique au niveau budgétaire mais génère surtout une évolution culturelle profonde. Le changement culturel associé à la T2A devrait être conduit rapidement et en profondeur, il touche tous les secteurs d'activité des établissements et son impact se révèle particulièrement sensible au niveau des structures publiques. Cet article présente la logique financière de la T2A, les enjeux qui lui sont associés et son impact global sur l'organisation des établissements.

MOTS-CLÉS

Tarification à l'activité, comptabilité, flux d'information

I – Introduction : de nouvelles règles de financement

La mise en place progressive de la tarification à l'activité marque un changement de paradigme dans le mode de financement des établissements de santé. Celui-ci tient dans le passage d'une logique de financement dite « budgétaire » attachée à la dotation globale, à une logique « financière » propre à la tarification à l'activité.

1. Le financement sur la base de la dotation globale

Les dépenses sont évaluées préalablement au début de l'année (ou exercice) budgétaire. Puis, après négociations plus ou moins âpres avec la tutelle (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH) d'une dotation globale de financement (DGF), les recettes sont assurées aux établissements dans le cadre du versement par douzième de leur dotation. Les moyens sont donc contraints dans un volume de recettes déconnecté du dynamisme ou de l'apathie de l'activité.

De fait, toute activité nouvelle ou dont la tendance est à la hausse ne peut être totalement financée par la DGF, celle-ci faisant l'objet d'un taux d'évolution fixé ab initio pour l'année et, disons-le, plus en lien avec des arbitrages parlementaires nationaux qu'en fonction des évolutions - à la hausse ou à la baisse - de l'activité des structures. Dans cette logique, le budget impose de strictes limites et conduit à contenir l'activité.

Le mode de calcul du budget se conçoit selon le schéma de la figure 1.

2. Le financement sur la base de l'activité

La réforme d'allocation de ressources, dite également tarification à l'activité, marque le passage à une logique dite « financière » dans laquelle l'enchaînement des opérations se déroule selon le mode présenté dans la figure 2.

La prévision de l'activité définit les recettes sur la base des tarifs nationaux en vigueur. Ces dernières permettent de gager des dépenses supportables par la structure, fixant ainsi, par voie de conséquence, le niveau des moyens accordés aux pôles d'activité des établissements.

Si la prévision d'activité, donc de recettes, doit bien avoir lieu en début d'année, le budget peut, en cours d'année, être revu à la hausse si l'activité augmente ou, a contrario, à la baisse si l'activité décroît. Il va sans dire qu'une hausse sera plus aisée à gérer qu'une baisse, tant au niveau de l'établissement qu'au niveau d'un pôle d'activité.

Les « bons gestionnaires » seront ceux qui auront su prévoir l'activité à un niveau budgétairement et politiquement acceptable et su la développer à bon escient. Ceci suppose donc de pouvoir agir rapidement en fonction d'une stratégie élaborée d'une manière participative, clairement définie, validée par les instances de l'établissement autant que par sa tutelle et connue de tous, en interne comme en externe.

*Centre National de l'Expertise Hospitalière - 9 rue Antoine Chantin - 75014 Paris - Fax : 01 40 44 82 34 - www.cneh.fr

NOTE

Le contenu de cet article a fait l'objet d'une présentation donnée lors des 10èmes Journées de l'Informatique en Biologie Clinique organisées à Vittel (24-26 mai 2005) par la Société Française d'Informatique de Laboratoire.

II - Des enjeux attachés à la réactivité

Dans la logique de la tarification à l'activité, on s'aperçoit que les hôpitaux devront a priori être plus réactifs pour se réorienter et donc ne pas attendre les éventuelles instructions du niveau national ou régional pour réorganiser leurs activités. Cependant, il va de soi que si chaque structure est « maîtresse de son destin », les réglementations diverses – et elles sont nombreuses – doivent être respectées ; pour ne citer que cela, le régime des autorisations d'activité autant que les obligations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) sont, de

Équilibre de la dotation globale

Dépenses → recettes → moyens → activités

Figure 1

Équilibre de la dotation globale, représentation schématique du mode de calcul du budget

Équilibre de la T2A

Activités → recettes → dépenses → moyens

Figure 2

Équilibre de la T2A, représentation schématique du mode de calcul du budget

ce point de vue incontournables.

Le système de la tarification à l'activité entraîne une contrainte forte sur les coûts de production des structures de soin, ainsi amenées à repenser leurs organisations internes.

Le changement de paradigme évoqué précédemment nous amène maintenant à réfléchir avant tout en termes de recettes. Cela suppose d'avoir la capacité d'opérer des arbitrages et de procéder à des choix auxquels il est impératif d'associer les médecins : à l'inverse de la logique de la DGF, c'est bien la production médicale qui va alimenter les recettes de l'établissement et le directeur aura en charge de convaincre l'ensemble du personnel médical et non médical de la justesse des objectifs poursuivis dans le cadre du projet d'établissement. Au-delà du nécessaire effort de conviction auquel devront s'attacher le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME), il s'agira de mettre en place le mode de management adéquat pour que tous les acteurs agissent dans le même sens.

La mise en place de la réforme qui a débuté depuis janvier 2004 pour les établissements publics et privés non lucratifs et depuis mars 2005 pour les cliniques se fait à moyens constants. Les hôpitaux locaux ne sont pas concernés par cette réforme de financement. Et compte tenu des modalités techniques retenues par le ministère de la santé et des solidarités, nous sommes dans un contexte qui voit se juxtaposer la coexistence de trois systèmes :

- Une partie de financement reste attachée à une logique budgétaire sous la forme d'une dotation annuelle complémentaire dégressive dans le temps. C'est la part restante mais minorée chaque année d'un financement via l'ex-DGF (désormais appelée dotation annuelle complémentaire) pour les seules activités de court séjour, soit hors soins de suite et rééducation (SSR) et psychiatrie, l'ex-DGF devenant dans ce cas la dotation annuelle de financement.
- Une part de financement directement liée à l'activité. Cette dernière a été fixée à 25 % pour l'année 2005 (on évoque une valeur de 35 à 40 % pour l'année 2006). Elle concerne globalement les hospitalisations, les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et les consultations externes.
- Enfin, une part de financement pour les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (les MIGAC) dont le financement est lui aussi réalisé via une dotation annuelle, négociée pour l'instant chaque année à l'occasion d'un moment décisif : le retraitement comptable.

Face aux incertitudes attachées à la mise en œuvre de la réforme (exemple : dévaluation des tarifs nationaux pour les établissements publics et les PSPH mais dans une dégressivité non explicite ou encore une part de financement à l'activité dont on sait qu'elle va augmenter mais dont on ne connaît pas par avance la progressivité puisqu'elle dépend des décisions parlementaires annuelles), les établissements de santé sont tenus d'engager des réflexions sur l'adéquation de leur organisation actuelle à cette nouvelle donne budgétaire.

Une dimension de cette adaptation suppose de réfléchir en interne aux modes de collecte des informations, à la mise en place d'une comptabilité analytique et à la refonte de la chaîne de facturation.

III - L'information medico-économique, condition de la réactivité

Les informations mises à disposition en routine dans un établissement de santé doivent désormais être médicales, quantitatives, économiques et qualitatives. Ces informations peuvent être croisées, recoupées avec d'autres (dépenses et activité, par exemple), voire comparées en interne et en externe au regard de références reposant sur les données fournies - et cela est important - par d'autres établissements. Ces comparaisons s'opèrent donc sur la base d'éléments appartenant directement à des structures ayant des caractéristiques semblables et parfois le même environnement.

Rien n'est donc plaqué de l'extérieur puisque la plupart des informations traduisent des pratiques professionnelles pouvant réellement servir de base de positionnement et de fondement pour une réflexion interne. Mais ces travaux à mener ne peuvent s'opérer et être productifs que dans l'hypothèse d'une parfaite coordination entre l'information médicale et l'information comptable.

Dans le cadre d'une prise de décision stratégique (réorientation d'activité, réorganisation d'un service ou d'un pôle...), l'utilisation des outils traditionnels s'avère insuffisante.

Toute cette information, matière brute pour comprendre et analyser une activité, ne peut pas être diffusée sans retraitement. De plus, sans organisation de la diffusion, ces nombreux flux d'information sont peu opérationnels, faute d'une exploitation efficiente et rapide. Or, avec la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, c'est bien la capacité de réaction et l'efficacité qui vont conditionner la performance globale de l'établissement.

Cette capacité des gestionnaires à réagir au nouvel environnement de financement des activités hospitalières imposé par les pouvoirs publics repose sur :

- D'une part, la qualité de l'information : l'information constitue un véritable enjeu puisqu'elle conditionne la réactivité des gestionnaires concernés, qui doivent s'appuyer sur des éléments d'une fiabilité certaine.
- Et d'autre part, le système d'information et des outils de gestion précis (indicateurs fiables, pertinents et publiés en temps réel), tout ceci associé à une réelle pertinence d'analyse.

Au final, une bonne compréhension des nouveaux enjeux de la tarification à l'activité est une condition nécessaire mais non suffisante. La capacité de réagir restera déterminée par trois conditions :

1) L'information : système d'information (dont l'épicentre doit être bâti autour des données relatives au patient), publication de tableaux de bord et d'indicateurs réguliers en temps réel (ou très peu différé), partage physique de cette information par des rencontres mensuelles, par exemple, à des fins d'analyse pluridisciplinaire.

2) Les compétences humaines et matérielles disponibles à cet effet. Le dispositif ne sera efficace qu'à la condition que les acteurs soient des professionnels du traitement de l'information, aguerris à la manipulation de masses de données souvent importantes et au maniement d'outils de pilotage informatisés performants et adaptables.

3) La reconnaissance d'un droit d'initiative aux responsables de pôles d'activités dans le cadre précis et formalisé d'une délégation de gestion autorisant la définition et la réalisation d'une action continue. Pour ce faire, des formations à l'économie de la santé autant que les notions de base du traitement de l'information, du management et des techniques de communication apparaissent être un atout à leur procurer.

IV - Une comptabilité analytique performante

La nécessité d'un calcul de coût de production s'avère primordiale dans l'arsenal dont doivent s'armer les gestionnaires des structures de soins. Si cela pouvait en toute logique être déjà le cas lors du passage à un financement par DGF (certains gestionnaires - trop peu nombreux il est vrai - se sont dotés d'une telle aide à la décision il y a 20 ans déjà), la réforme d'allocation budgétaire actuelle impose ce type d'approche, via une comptabilité analytique qui, sans être réellement sophistiquée, exige des compétences qu'il faudra concentrer sur des contrôleurs de gestion et des médecins DIM.

Force est de reconnaître que les contrôleurs de gestion spécialisés dans le domaine hospitalier (assez peu de formations

universitaires ou de spécialisations d'écoles de commerce) et que les médecins DIM capables d'une collaboration active avec les gestionnaires ne sont malheureusement pas légion. Pour les uns comme pour les autres, cette performance de compétences indispensable à la survie d'une structure, en ce sens que des décisions stratégiques en dépendent directement, devra s'apprendre « sur le tas », soit dans le cadre d'une synergie devenue naturelle avec la mise en œuvre de la T2A, soit dans une redéfinition - parfois plus contrainte - des rôles, missions et responsabilités de chaque composante.

Or, une comptabilité analytique exploitable ne pourra s'obtenir qu'avec la parfaite collaboration des contrôleurs de gestion et des DIM, qu'avec une utilisation conjointe des données contenues dans un système d'information orienté vers la gestion et, bien entendu, qu'à travers une analyse pluridisciplinaire des résultats. Deux axes de travail sont alors à explorer :

• **La comptabilité analytique des activités de type administratif, de la logistique hôtelière, du plateau technique et de la logistique médicale.** Ce sont ici 27 activités (voir Tableau I) qui sont ciblées par cette approche et dont le coût de production peut être comparé à celui d'un panel d'établissements de toutes tailles. La production de chaque activité est mesurée par un nombre d'unités d'œuvre qui en caractérisent la teneur ; à titre d'exemple, la production de la gestion du personnel sera appréhendée par le nombre de bulletins de salaires mensuels, la restauration sera tracée par le nombre de repas produits, la production du laboratoire sera plus classiquement le nombre de B. La base de référence est, pour ces activités, celle qui est gérée pour le compte du ministère de la santé, par le CHU d'Angers, d'où son appellation habituelle de « base d'Angers ». Les données de cette base, actualisées annuellement, sont disponibles à tous les établissements publics, via le site de la Fédération Hospitalière de France (www.fhf.fr).

• **La comptabilité des activités cliniques, via le calcul de coût de production des groupes homogènes de malades (GHM).** Plus technique que la précédente, cette approche implique très directement les secteurs du contrôle de gestion et du DIM puisque les données sont véritablement médico-économiques : il s'agit bien ici de croiser dépenses des unités fonctionnelles et données d'activité médicale recensée par le PMSI. Ainsi, un coût de production élevé d'un groupe de GHM donné pourra stigmatiser une mauvaise articulation entre demande et réalisation d'examen radiologiques ou biologiques et traduire un allongement anormal de la durée de séjour des patients. La base nationale est, dans ce cas, celle de l'étude nationale de coûts, dite base de l'ENC. A noter cependant : puisque par construction du modèle budgétaire et du fait qu'un tarif est un acte politique quand un calcul de coût de production procède d'une démarche technique, on ne peut valablement comparer le coût de production des GHM et les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), cette approche est néanmoins indispensable.

L'un et l'autre de ces travaux, en apportant une information pertinente sur le coût de production des unités d'œuvre permettant de mesurer l'activité des secteurs observés, situent la position relative de l'établissement par rapport à une référence nationale, qui intègre les données de structures publiques et PSPH.

Malheureusement, ces approches par les coûts de production ne sont guère présentes dans la prise de décision des structu-

Tarification à l'activité : son impact en termes organisationnels

Activités administratives et logistiques	Activités logistiques médicales	Activités médico-techniques
<ul style="list-style-type: none"> • Direction générale (sauf DSIO) • Gestion du personnel • Gestion des malades • Gestion économique • DSIO • Transport • Blanchisserie • Restauration • Entretien et maintenance (sauf jardins) • Entretien des jardins 	<ul style="list-style-type: none"> • Génie biomédical • DIM • Pharmacie • Stérilisation • SAMU 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorations fonctionnelles • Dialyse • Anesthésiologie • Laboratoire de morphologie • Laboratoires Autres • Bloc obstétrical • Blocs autres • Imagerie • Radiothérapie • Réadaptation fonctionnelle • Urgences • SMUR

res de soins publics, ni – mais dans une moindre mesure sans doute - PSPH. Notons cependant que, aussi surprenant que cela puisse paraître, le secteur privé lucratif qui est constitué de véritables entreprises commerciales ne dispose pas encore d'une comptabilité analytique réellement développée mais qu'une méthodologie apte à comparer les coûts de production publics et privés doit s'élaborer dans les mois à venir.

Selon cette position relative et, en particulier en cas de dépassement significatif du coût standard établi par la base de référence considérée, le calcul des coûts de production constitue une base solide pour réviser telle organisation, mettre en lumière telle pratique professionnelle - médicale ou chirurgicale - atypique ou encore un positionnement stratégique de l'établissement ou d'un de ses pôles d'activité à redéfinir.

A titre d'illustration, un coût de production du B élevé pourra faire apparaître :

- une productivité médiocre : beaucoup de charges pour une production modeste, absence de recettes subsidiaires issues de prestations effectuées pour des organismes extérieurs ;
- ou une prescription importante d'examens biologiques par les services cliniques (nombre de B produits plus importants que les établissements de même catégorie) alliée à des charges du laboratoire élevées (volume des charges de personnel ou de consommables, par exemple).

Dans le second cas, les gestionnaires auront donc des mesures à prendre sur deux axes :

- sensibiliser les prescripteurs sur le volume et le coût de leurs demandes (établir un catalogue des coûts des actes les plus fréquents, sénioriser la prescription des actes les plus coûteux, etc...) afin de réduire le volume de la prescription, ceci pouvant faire l'objet d'une contractualisation interne ;
- et, parallèlement, définir un plan de réduction des dépenses au niveau du plateau technique (externaliser certaines analyses, réduire les charges de personnel, éventuellement par une automatisation de certaines analyses ou en regroupant plusieurs unités afin de réaliser des économies d'échelle, augmenter la productivité par une offre rémunérée - soit des recettes supplémentaires correspondant

à une réduction des dépenses brutes - auprès de prestataires externes, etc...). Ces actions doivent, bien sûr, s'inscrire dans une contractualisation interne avec ce secteur et être actées dans un projet d'établissement. Ces analyses, certes nouvelles ou peu explorées jusqu'à présent dans le secteur de l'hospitalisation - publique, en particulier- devraient dorénavant faire partie du quotidien des gestionnaires : la tarification à l'activité implique une logique de comparaison autant que des décisions de gestion impactant tant la stratégie (les parts de marché, les coûts de production, etc...) que les organisations.

V – Vers une organisation multipolaire

La refonte des organisations est, d'ailleurs, un élément fondateur du prochain paysage de l'hospitalisation ; il est induit par la réglementation s'imposant aux structures de soins publics et privées que l'on appelle couramment la « nouvelle gouvernance ». D'ici fin 2006, les établissements doivent regrouper les actuels services, cliniques, médico-techniques ou administratifs, en pôles d'activités. Ces pôles, selon la nature de leur élaboration, doivent permettre aux structures de réduire leur coût de production tout en maintenant (ou en accroissant) une qualité de la prise en charge du malade et en traduisant une meilleure organisation de celle-ci.

Ces objectifs, loin d'être incompatibles, représentent le nouveau défi lancé aux hospitaliers. Le succès sera à la hauteur de l'implication des divers acteurs, de leur niveau de compréhension des nouveaux enjeux de la T2A autant que de leur volonté de faire vivre la structure dans laquelle ils évoluent et de leur écoute des besoins d'une population qu'ils soignent.

Tableau I

Les activités suivies par la comptabilité analytiques (source : Ministère de la Solidarité - M.S.S.P.S. - D.H.O.S. - Paris - C.H.U. d'Angers - G.A.C.A.H. Angers, 2004, Calcul des coûts par activité. Fiches d'analyse d'écart. Données 2002, consultable et téléchargeable sur les sites www.fhf.fr et www.parhtage.sante.fr)