

La situation des comptes sociaux en 2001

CHAPITRE VIII

Le financement des dépenses hospitalières

PRESENTATION

Entre le vote de l'ONDAM par le Parlement et l'allocation des ressources par les ARH, plusieurs étapes se déroulent qui font intervenir l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les patients eux-mêmes. Le gouvernement arrête au sein de l'ONDAM l'enveloppe destinée aux établissements publics et aux établissements privés participant au service public (PSPH), dite dotation globale, et l'enveloppe destinée aux cliniques privées, dite objectif quantifié national (OQN). A partir de là, les mécanismes d'allocation des moyens à ces deux secteurs diffèrent nettement.

La dotation globale nationale est décomposée en dotations régionales, réparties par les ARH entre les établissements, dans le cadre du budget global.

S'agissant des cliniques privées, l'OQN ne donne pas lieu à l'attribution d'enveloppes régionales opposables. Mais depuis 2000 [\[1\]](#), sur la base de l'OQN, un accord national fixe l'évolution moyenne nationale des tarifs et les variations maximales et minimales que les ARH peuvent négocier avec les fédérations régionales des cliniques privées. Dans les limites fixées par région, les ARH modulent les tarifs de chaque clinique dans un avenant annuel au contrat d'objectifs et de moyens.

Qu'il s'agisse des hôpitaux sous dotation globale ou des cliniques privées, les sommes dues par l'assurance maladie leur sont versées directement par les caisses, selon des modalités de calcul différentes : versement d'acomptes mensuels d'un côté, paiement de prestations facturées à la journée ou à l'acte de l'autre. Les modalités pratiques de versement tendent à se rapprocher, depuis la mise en place d'un système de caisse centralisatrice des paiements aux cliniques privées. Mais la complexité de ces procédures de paiement est extrême.

Il existe des différences profondes de calcul des versements de l'assurance maladie aux hôpitaux publics et privés PSPH, d'une part, aux cliniques privées, d'autre part, qui ne reposent ni dans un cas ni dans l'autre, sur une analyse des coûts. Cette situation peu satisfaisante a conduit à décider la mise en place de l'expérimentation d'une tarification fondée sur des coûts par pathologie. Mais les conditions du déroulement des travaux augurent mal du respect du délai de cinq ans prévu pour l'expérimentation.

Par ailleurs, si les ressources des établissements hospitaliers proviennent essentiellement de l'assurance maladie, les patients doivent, au moins en théorie, supporter le ticket modérateur ou le forfait journalier. L'inéquité pour les assurés de ces mécanismes de participation, leur faible impact financier global compte tenu des multiples exonérations prévues, enfin la complexité de gestion qui résulte, pour les hôpitaux et les caisses, du jeu combiné des deux mécanismes doivent être soulignés.

I – L'allocation des ressources aux établissements de santé par les ARH

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a confié aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) la mission d'allouer les ressources disponibles aux établissements de santé.

Le directeur de l'ARH décide de la répartition de la dotation globale entre les établissements publics et privés participant au service public hospitalier et, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, négocie avec les fédérations représentant les établissements privés à but lucratif l'évolution des tarifs de prestations déterminant les dépenses remboursées par l'assurance maladie aux cliniques privées. C'est également le directeur de l'ARH qui, sur autorisation de la commission exécutive de l'agence, signe les contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé.

Depuis leur création, les ARH ont renforcé le niveau régional dans la procédure de financement des établissements de santé et ont cherché à utiliser au mieux les nouveaux outils dont elles disposent (PMSI et contrats d'objectifs et de moyens) pour corriger les inégalités entre établissements et moduler davantage l'allocation des ressources en fonction de leur activité.

A – L'allocation de la dotation globale aux établissements de santé publics et privés participant au service public

L'allocation des ressources aux établissements financés par la dotation globale vise deux objectifs : d'une part, la réduction des écarts de dotation entre les établissements ; d'autre part, l'adaptation de l'offre de soins et l'amélioration de la qualité des soins.

Les ARH conduisent leur politique budgétaire en fonction, d'une part, des moyens qui sont répartis et, en partie, préaffectés au niveau national et, d'autre part, des redéploiements qu'elles peuvent effectuer régionalement. L'efficacité des politiques expérimentées par les agences est limitée par la résistance des établissements, mais aussi l'intervention, parfois contraire aux objectifs régionaux, de l'administration centrale.

1 – La détermination des dotations régionales

La réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements suppose la prise en compte de certains critères : besoins de la population, orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), activité et coûts des établissements.

A cette fin, un système de péréquation interrégional a été mis en place à partir de la campagne budgétaire pour 1997. La première étape a consisté à déterminer la dotation-cible que chaque région devait atteindre à l'issue du processus de réduction des écarts. Pour cela, deux sous-enveloppes ont été distinguées :

- une pour le court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique ou MCO), dont la cible a été calculée à part égale sur la base de deux indicateurs : un indicateur de besoins (*la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public*, toutes disciplines confondues) et un indicateur d'efficacité (*la valeur régionale du point ISA*, obtenue en divisant la somme des budgets hospitaliers de court séjour de la région par le nombre de points ISA produits par les établissements de la région) ;
- une pour les autres activités (soins de suite ou de réadaptation, psychiatrie), établie sur la base du seul critère de la dépense hospitalière par habitant hospitalisable dans le secteur public.

A compter des campagnes budgétaires pour 1998 et 1999, deux critères supplémentaires ont été introduits dans le mode de calcul des dotations régionales cibles en MCO. En raison des observations du Haut comité de santé publique, il a été tenu compte des *flux de patients entre régions* en majorant la dotation des régions attirant des patients venus d'autres régions [2] et en minorant celle des régions pour lesquelles le flux de patients est négatif. D'autre part, à défaut d'indicateurs de morbidité, l'état de santé de la population régionale est pris en compte par le biais de *l'indice comparatif de mortalité* [3], c'est-à-dire le nombre de décès observés par rapport à un nombre de décès théorique.

La combinaison de ces critères permet de calculer, pour chaque région, une dotation théorique, réévaluée chaque année. L'objectif du système de péréquation nationale est de faire progresser plus vite les dotations régionales inférieures aux dotations cibles et moins vite les dotations régionales supérieures aux dotations cibles.

La progression annuelle des dotations régionales est déterminée par l'horizon fixé au terme du processus de réduction des écarts. Selon que ce terme est plus ou moins lointain, la contrainte pesant sur la progression de l'enveloppe des régions surdotées par rapport à leur dotation cible sera plus ou moins forte et l'« apport » annuel de péréquation, pour les régions sous-dotées, sera plus ou moins important. L'horizon de la péréquation a été porté de 17 ans à 30 ans à compter de 1999 : le processus de réduction des écarts devrait donc s'achever en 2028.

Cet étalement dans le temps retire de la crédibilité au dispositif : les établissements de santé sont en effet tentés de recourir à des expédients ponctuels pour faire face à une moindre progression de leurs dotations, plutôt que de s'engager dans des restructurations lourdes, c'est-à-dire dans la recherche de vraies économies structurelles.

De plus, il a été décidé, en 1999, de mettre en œuvre un système de rattrapage accéléré au profit des trois régions les plus mal dotées (Poitou-Charentes, Picardie et Nord-Pas-de-Calais), de manière à leur permettre de rejoindre la région placée immédiatement avant (l'Alsace en 1999, la Franche-Comté à compter de 2000). Le dispositif repose sur un prélèvement majoré sur les régions contributrices, surtout l'Ile-de-France, qui est pénalisée par une dépense hospitalière par habitant très élevée en raison du nombre de ses établissements, plus encore que par sa valeur élevée de point ISA. Ce « nouvel » étage de la péréquation ajoute à sa complexité.

Les modifications successives du dispositif de péréquation autant que ses réajustements annuels se traduisent par des écarts importants d'une année sur l'autre dans les dotations allouées aux ARH à ce titre et compliquent localement la conduite des politiques budgétaires.

Fin 2001, l'écart des dotations régionales réelles aux dotations cibles restait important [4]. L'Ile-de-France demeurait la région la plus surdotée avec un écart de + 26,8 % à la dotation-cible, loin devant Midi-Pyrénées (+ 7,8 %). Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord-Pas-de-Calais présentaient encore un retard important avec un écart respectif par rapport à la dotation-cible de - 14,9 %, - 13 % et - 13,2 %.

Compte tenu de l'importance de la dotation globale d'Ile-de-France (9,3 Md€, de l'écart à la valeur cible (1,9 Md€) et du système de rattrapage accéléré, le prélèvement opéré au niveau national pour abonder le système de péréquation est très concentré sur la région francilienne (84,3 M€ en 2001). Provence-Alpes-Côte d'Azur ne contribue qu'à hauteur de 9,5 M€ et Midi-Pyrénées à hauteur de 5,1 M€

En Ile-de-France, le système de péréquation devait conduire à prélever 0,92 % sur la dotation régionale pour les années 2001 à 2003, puis 0,85 % par la

suite (- 76,8 M€ par an au lieu de - 84,3 M€). Mais, suite à l'affichage par l'AP-HP de tensions budgétaires, à hauteur de 61 M€ une dotation supplémentaire de 22 M€ a été versée. S'agissant des établissements hors AP-HP, le ministère et l'ARH ont attribué, en cours d'année, tout d'abord, une avance remboursable de 15 M€ puis une dotation exceptionnelle de 38 M€. En définitive, l'ensemble de ces dotations est d'un ordre de grandeur comparable à la contribution qui était demandée à l'Ile-de-France au titre de la péréquation.

Le système de rattrapage accéléré favorise principalement le Nord-Pas-de-Calais (26,9 M€), la Picardie (19,4 M€), le Poitou-Charentes (18,6 M€).

Il présente l'inconvénient de ne pas adapter la progression des dotations régionales aux besoins réels, comme l'illustre la comparaison entre les régions Bourgogne et Poitou-Charentes. Ces deux régions se caractérisent par une population identique (1,6 million d'habitants), une base budgétaire comparable (environ 1 Md€) et une valeur de point ISA nettement inférieure à la moyenne nationale (respectivement 1,77 € et 1,75 € pour une moyenne nationale à 1,93 €). Mais, structurellement, la région Bourgogne est soumise à une contrainte budgétaire beaucoup plus forte : en raison de sa géographie, les rapprochements entre établissements sont difficiles à mettre en œuvre et imposent de conserver un nombre élevé d'établissements ^[5] ; à l'inverse, la région Poitou-Charentes, très ouverte sur les régions limitrophes, voit une partie de sa population habituellement soignée à Bordeaux ou Nantes malgré la présence d'un CHU à Poitiers.

Or, le système de rattrapage accéléré a conduit à attribuer 2,9 M€ à la Bourgogne et 18,6 M€ à Poitou-Charentes. Ainsi, la Bourgogne fait face à des tensions sociales fortes dans les centres hospitaliers et éprouve de réelles difficultés à redéployer les moyens d'établissements en baisse d'activité (Joigny, Tonnerre, Avallon) vers ceux dont l'activité croît (Sens, Auxerre). En revanche, la région Poitou-Charentes bénéficie d'une enveloppe de péréquation bien supérieure à ses besoins. Dans le premier cas, la mise en œuvre du SROS est compromise, alors que, dans le second, la surabondance des moyens permet même de consacrer la moitié des mesures nouvelles initialement déléguées en 2001, soit 25 M€ à l'objectif de maintien de l'emploi affiché par l'ARH.

Les corrections apportées par la DHOS sous forme de crédits reconductibles ou non, alloués en cours d'année, soulignent les limites de l'application du système accéléré de péréquation inter-régionale.

A l'issue d'une mission d'évaluation du dispositif, l'IGAS a notamment conclu à la nécessité de mettre fin au système accéléré de péréquation et de réexaminer les modalités de prise en compte de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris dans la péréquation.

2 – La marge d'action des ARH

Elle dépend, d'une part, des affectations de crédits décidées au niveau national et, d'autre part, des possibilités de redéploiement dégagées par les agences au sein de l'enveloppe régionale.

a) *L'affectation des crédits au niveau national*

Sous l'effet conjugué des protocoles signés en mars 2000 et 2001 entre l'Etat et les organisations syndicales, de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail et des plans gouvernementaux de santé publique, une part croissante des crédits délégués aux régions est pré-affectée par le niveau national, ce qui perturbe grandement l'action des agences. Les crédits « fléchés » présentent en effet plusieurs inconvénients : outre le fait qu'ils limitent la marge de manœuvre des ARH (même si une partie contribue à financer la mise en œuvre de priorités régionales), ces crédits n'incitent pas les établissements à améliorer leur productivité et leur offrent la possibilité de compenser la faiblesse des moyens alloués au titre de la reconduction par la multiplication des enveloppes ciblées. De plus, peu d'agences ont cherché, telle l'ARH de Poitou-Charentes, à mettre en place un contrôle de gestion permettant de vérifier les déclarations faites par les établissements quant à l'affectation des crédits reçus. Ainsi, l'administration centrale, qui décide du volume et de l'affectation de ces « crédits fléchés », ignore l'usage réel qu'en font les hôpitaux.

b) *La constitution de marges de manœuvre régionales*

Dans les régions qui ne bénéficient pas d'un apport de péréquation suffisant pour assurer la mise en œuvre du SROS ou faire face à des besoins conjoncturels (tensions dans les établissements, aides à l'investissement), les agences ont cherché à dégager des marges d'action régionales au sein de l'enveloppe qui leur est déléguée.

L'ARH de Rhône-Alpes ajoute aux prélèvements liés à la valeur du point ISA (4,63 M€ en 2001) sur les établissements les mieux dotés, un prélèvement uniforme de 0,5 % sur la base budgétaire de l'ensemble des établissements (19,41 M€) ; le produit de ce second prélèvement est redistribué prioritairement aux centres hospitaliers non universitaires.

D'autres agences n'allouent une partie des crédits de l'enveloppe régionale que sur six ou huit mois en fonction de la date prévue de réalisation de la dépense, ce qui permet de dégager quelques moyens, non reconductibles, mais d'affectation libre. Les ARH de Bourgogne et de Franche-Comté ont adopté cette méthode pour financer des mesures spécifiques ; l'ARH d'Ile-de-France, quant à elle, ne notifie plus les tranches annuelles des contrats d'objectifs et de moyens dès le début de l'année, mais au moment de la réalisation des mesures prévues.

En matière d'aide à l'investissement, l'agence de Bourgogne mutualise des sommes correspondant à la non-application du taux de reconduction aux dépenses du groupe 4 (dotation aux amortissements et frais financiers) de manière à soutenir les opérations prioritaires, comme la reconstruction du centre hospitalier de Nevers. Mais ce système dégage des ressources limitées (0,41 M€ en 2001).

3 – La politique budgétaire régionale

Les ARH répartissent les dotations régionales en cherchant, d'une part, à allouer aux établissements les moyens nécessaires à leur fonctionnement (c'est l'objectif de la reconduction) ; d'autre part, à réduire les écarts de dotation entre eux par la mise en œuvre d'une péréquation largement adossée au PMSI ; enfin, à financer les mesures nouvelles, nationales et régionales, relatives à l'adaptation de l'offre de soins et à la santé publique : accompagnement des restructurations, modalités de prise en charge de certaines pathologies, qualité et sécurité des soins.

a) La reconduction des moyens

Le montant consacré à la reconduction des moyens n'est pas arrêté après enquête sur le coût de fonctionnement des établissements, mais en fonction de la pression que l'ARH souhaite exercer sur eux pour les inciter à engager les restructurations internes ou externes nécessaires.

Dans ces conditions, le taux de reconduction appliqué par les ARH est très variable d'une région à l'autre. Tandis que l'ARH de Bourgogne module les taux en fonction du statut des établissements et du niveau de leurs services d'urgence, celles des Pays de la Loire et d'Auvergne différencient les taux en fonction de la valeur du point ISA. En Midi-Pyrénées, ce taux, relativement élevé pour l'ensemble des établissements (+ 2 % pour 2001), a été majoré pour l'activité psychiatrique et les petits établissements.

L'Ile-de-France est la première région contributrice à la péréquation nationale. La valeur élevée du point ISA de l'AP-HP (2,3 € en 2000) augmente la contribution de l'ensemble des établissements de la région à la péréquation nationale. Mais l'AP-HP échappe à la tutelle budgétaire de l'ARH et un traitement particulier lui est réservé par les administrations centrales. Il est plus favorable que celui qui résulterait de l'application des mécanismes de droit commun, ce qui conduit à reporter le poids des ajustements budgétaires sur les établissements situés hors AP-HP. Or, la faiblesse des restructurations engagées par les établissements de la région ne permet pas de compenser le prélèvement national par un autofinancement régional.

b) La péréquation entre établissements

Le système de péréquation le plus souvent retenu par les ARH est fondé sur la redistribution aux établissements dont la valeur du point ISA est inférieure de plus de 5 % à la valeur régionale des sommes prélevées aux établissements dont la valeur du point ISA est supérieure de plus de 5 % à la valeur régionale. La base budgétaire des établissements dont la valeur du point ISA est la plus basse est ainsi majorée, car une dotation budgétaire trop faible par rapport à l'activité peut traduire une qualité ou une sécurité des soins insuffisante dans l'établissement. A l'inverse, une valeur de point ISA élevée au regard de la moyenne est le signe d'une organisation inefficace ou d'une sous-activité justifiant une réallocation des moyens vers d'autres établissements.

Les sommes prélevées sont souvent plafonnées en proportion de la base budgétaire et/ou de la surdotation estimée et en fonction de l'échéance de convergence fixée. Certaines ARH, comme celles d'Auvergne, de Bretagne, de Nord-Pas-de-Calais, n'opèrent pas de réfaction sur les bases budgétaires des établissements les mieux dotés, mais utilisent la valeur du point ISA pour répartir l'apport de péréquation.

Aucun indicateur de type « valeur du point ISA » n'existant en psychiatrie, c'est la dépense par habitant hospitalisable qui est utilisée pour comparer les établissements entre eux. Cet indicateur, bien que très fruste, fait cependant apparaître dans certaines régions des disparités importantes qui ont conduit à inclure les établissements spécialisés dans la politique de rééquilibrage des ressources.

Compte tenu de l'importance du budget des CHR/U dans les dotations régionales, les possibilités de redéploiement de moyens entre établissements dépendent en grande partie de la productivité de ces établissements. Or, la situation des CHR/U est très variable d'une région à l'autre. Certains affichent une valeur de point ISA élevée, comme les Hospices civils de Lyon (HCL), ce qui permet à l'ARH de prélever et de redéployer des montants relativement importants (15 M€ de 1997 à 1999, pour une surdotation évaluée à 82 M€ en 1997). D'autres, dont la valeur de point ISA est basse bénéficient, au contraire, de dotations importantes, au titre de la péréquation nationale et par le biais d'aides nationales spécifiques (CHU de Limoges et de Poitiers par exemple).

c) Les mesures nouvelles

L'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population et l'amélioration de la qualité des soins devraient en théorie être financées par les redéploiements internes (autofinancement des établissements), les gains tirés de la restructuration (autofinancement de la région), l'apport éventuel de péréquation et les crédits spécifiques. Un pilotage rationnel imposerait un chiffrage précis du coût de la mise en œuvre des SROS et des possibilités

d'autofinancement régional. Mais, la grande majorité des agences n'ont pas fait ce travail d'analyse financière et ne tiennent pas non plus de tableau de bord de la mise en œuvre des SROS permettant de rendre compte de leur action.

En fait, les priorités régionales et nationales sont essentiellement financées par les crédits spécifiques et l'apport de la péréquation : la restructuration est lente et coûteuse dans un premier temps et les établissements sont peu enclins à développer des actions nouvelles à partir de redéploiements internes alors que les moyens de reconduction qui leur sont alloués leur semblent insuffisants.

4 – La difficulté à maîtriser l'évolution des budgets hospitaliers

Malgré la volonté des agences de respecter les objectifs de réduction des écarts, d'adaptation de l'offre et de promotion de la santé publique, l'efficacité de la politique d'allocation des ressources a été réduite par les stratégies de contournement mises en œuvre par les établissements et l'attribution, au plan national, d'une part croissante des financements sans lien avec les performances des établissements.

a) Les stratégies de contournement utilisées par les établissements

Afin de réduire la contrainte pesant sur les dépenses de personnel et d'assurer le financement de dépenses médicales et pharmaceutiques en forte croissance, les établissements ont eu recours à divers moyens permettant de reporter les restructurations internes et externes.

En premier lieu, les établissements sous tension budgétaire transfèrent des crédits des groupes de dépenses 3 (dépenses hôtelières et logistiques) et 4 (dotation aux amortissements et frais financiers), c'est-à-dire au détriment des capacités d'investissement, vers les groupes 1 (dépenses de personnel) et 2 (dépenses médicales et pharmaceutiques). Ils utilisent également les crédits fléchés à un usage autre que celui qui leur a été notifié.

En second lieu, si les tensions budgétaires excèdent les capacités de redéploiement internes, les établissements reportent des charges sur l'exercice suivant.

Enfin, les établissements eux-mêmes accentuent parfois les tensions budgétaires par le gonflement des provisions ou réserves facultatives de manière à justifier l'attribution en cours d'année de crédits exceptionnels, obtenus le plus souvent sans contrepartie.

Les agences n'ont pas une capacité suffisante pour expertiser les déclarations des établissements sur leurs tensions budgétaires. L'absence de fiabilité de ces déclarations peut conduire les établissements et la tutelle à sous-estimer, dans certains cas, des risques réels de dégradation de la situation budgétaire de certains établissements, comme ce fut le cas au centre hospitalier de Laval, dont le report de charges atteignait 5,6 M€ en 2000, en raison, notamment, du recours très coûteux à des anesthésistes intérimaires pour compenser les vacances d'emplois.

Plus rarement, certains centres hospitaliers recourent à d'autres moyens pour faire disparaître la contrainte ou faire pression sur l'agence.

Deux exemples « d'adaptation » à la contrainte budgétaire

Faute d'avoir tenu compte, dans sa politique de créations de postes, de la diminution de sa base budgétaire opérée par l'ARH en raison d'une valeur de point ISA élevée, le centre hospitalier du Havre a vu son déficit s'accroître rapidement pour atteindre 9,15 M€ en 1999. Non content d'avoir obtenu du ministère une subvention exceptionnelle de 6,1 M€ (dont 4,57 M€ à titre reconductible) fin 2000, le centre hospitalier a réussi à réduire la valeur de son point ISA sans améliorer ni la gestion ni la productivité de son établissement : l'écart de la valeur de point ISA de l'établissement à la valeur régionale a été réduit de 32,2 % en 1996 à 10 % en 1999 en partie par transformation, sans autorisation, d'un service de médecine à la durée moyenne de séjour élevée en service de psychiatrie, dont les dépenses ne sont pas prises en compte pour le calcul de la valeur du point ISA. Cette situation a été régularisée par l'ARH en 2001.

A Marseille, l'Assistance publique, qui est un des CHU dont la valeur du point ISA est la plus élevée, a fait face aux restrictions budgétaires imposées par l'ARH par des fermetures de lits, voire des fermetures de services intervenues sur décision de la direction de l'établissement en contradiction avec les orientations du SROS. Ces fermetures peuvent être non seulement préjudiciables à une prise en charge sanitaire satisfaisante de la population (l'ARH a ainsi enjoint au CHU de rouvrir à l'ensemble des enfants le service de réanimation néonatale, présent dans les CHU seulement), mais également contribuer à dégrader la productivité de l'hôpital. En effet, la fermeture d'un service de réanimation induit une baisse de l'activité de chirurgie, qui produit le plus de points ISA.

b) Les effets limités de la politique de réduction des écarts

Compte tenu des délais nécessaires à l'adaptation des établissements à une diminution de leur base budgétaire (du fait notamment que 70 % des dépenses

sont des dépenses de personnel), les prélèvements et les sommes redistribuées au titre de la réduction des écarts ne peuvent être que modestes. A titre d'exemple, les prélèvements opérés par l'ARH d'Aquitaine ont représenté 2,48 M€ en 2001, dont 1,81 M€ sur le CHU, et ont été redistribués entre une douzaine d'établissements. Le centre hospitalier de Mâcon, qui affiche encore pour 2000 un écart de 15,37 % entre sa valeur de point ISA (1,5 € et la valeur régionale (1,77 €, a pourtant vu sa base budgétaire abondée de 1,84 M€ sur les exercices 1998 à 2000.

Les effets de la péréquation sont d'autant plus atténués qu'elle ne porte le plus souvent, au niveau régional comme au niveau national, que sur la délégation initiale de crédits (il s'agit essentiellement des crédits de reconduction) et non sur les mesures nouvelles qui, attribuées en fonction d'autres critères, peuvent avoir pour effet de faire progresser plus vite que la moyenne la base budgétaire d'un établissement pourtant considéré comme surdoté. La fragmentation de la campagne budgétaire en de multiples étapes tout au long de l'année empêche les agences d'avoir une vision globale des moyens à allouer aux établissements et de consacrer du temps au contrôle de l'affectation de ces moyens. Au niveau national, aucun bilan de fin de campagne budgétaire n'est établi : seul un bilan d'étape concernant l'affectation de la première répartition des crédits, intervenant en janvier, est effectué.

c) *Le relâchement de la contrainte au niveau national*

La contrainte pesant sur les établissements a été atténuée ces dernières années, mais de manière détournée : l'objectif de réduction des écarts, les systèmes nationaux et régionaux de péréquation ont été maintenus au niveau national et au niveau régional, mais une part croissante des crédits ciblés au niveau national est attribuée sans prise en compte ni des performances des établissements, ni des objectifs régionaux de recomposition.

En effet, avec les protocoles signés par l'Etat et les organisations syndicales en 2000 et 2001 (crédits de remplacement notamment) et l'enveloppe destinée à financer la mise en œuvre de la réduction du temps de travail, une part croissante des crédits nouveaux est attribuée sur le fondement du nombre d'équivalents temps plein, non seulement au niveau national pour la répartition entre régions, mais également au niveau local après négociation avec les syndicats. Ces modalités de répartition des crédits ne sont pas de nature à faire évoluer l'organisation des établissements [\[6\]](#).

En outre, l'allocation par le ministère chargé de la santé, voire certaines ARH elles-mêmes, de crédits exceptionnels, liés notamment à une situation budgétaire dégradée, peut contribuer à annihiler temporairement ou définitivement les effets de la péréquation. A titre d'exemple, le centre hospitalier de Sarreguemines a bénéficié d'aides exceptionnelles de 1,6 M€ de 1996 à 1999, pour tenir compte de l'augmentation de son activité et de son coût réel de fonctionnement, tandis que sa base budgétaire était réduite de 0,89 M€

En Ile-de-France, l'Union régionale de l'hospitalisation a obtenu directement du ministère en février 2001 une « avance remboursable » de 15 M€ reconduite en 2002, qui a été allouée aux établissements publics (hors Assistance publique-Hôpitaux de Paris). Ces crédits ont été notifiés sans contrepartie et sans que soit pour autant remis en cause le principe de la péréquation.

En Rhône-Alpes, les Hospices civils de Lyon, établissement également surdoté, ont cependant obtenu le versement d'une aide nationale dérogatoire de 12 M€ sur trois ans et non reductible, pour accompagner le programme d'investissement prévu dans le contrat d'objectifs et de moyens. Cette aide devrait être remboursée en fonction des économies dégagées par les restructurations.

A la suite du plan de soutien à l'hôpital public annoncé à l'automne 2001, les crédits exceptionnels destinés à faire face aux tensions budgétaires ont doublé, bénéficiant particulièrement à certaines régions, pourtant surdotées, comme l'Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'Aquitaine.

Le fléchage national des crédits, la distribution de crédits hors dotation régionale et l'assouplissement de la contrainte budgétaire au niveau national portent atteinte à l'efficacité des diverses méthodes d'allocation des ressources auxquelles les agences ont recours.

5 – Les contrats d'objectifs et de moyens

Qu'il s'agisse des établissements considérés comme les mieux dotés ou, au contraire, les plus mal dotés, le rééquilibrage des dotations nécessite du temps et une action pluriannuelle de plus grande ampleur, notamment par les contrats d'objectifs et de moyens.

Mais la première génération de contrats pluriannuels signés par les établissements et les ARH est plutôt caractérisée par la volonté marquée des hôpitaux d'utiliser l'outil contractuel pour échapper à la rigueur budgétaire et faire financer par des moyens supplémentaires la plus grande partie du projet d'établissement (investissements et création de postes).

La difficulté à établir une méthodologie, le manque de moyens dans les services déconcentrés de l'Etat, la volonté de mettre en cohérence les SROS et les projets d'établissement, la réticence de certains établissements à se conformer aux objectifs définis par les ARH sont autant de raisons contribuant à expliquer la montée en charge très progressive des contrats d'objectifs et de moyens dans la procédure d'allocation des ressources. Chaque agence a suivi sa propre stratégie : traitement au cas par cas de situations conflictuelles ou de recomposition du tissu hospitalier (Ile-de-France), structuration progressive du tissu régional par la signature de contrats avec les gros établissements (Pays de la Loire), négociation simultanée d'une quinzaine de contrats après la parution du SROS et l'adaptation des projets d'établissement (Franche-Comté).

Le diagnostic approfondi réalisé sur l'activité aussi bien que sur l'organisation et le fonctionnement médical, voire la gestion et la situation financière, nécessite souvent plusieurs mois avant même d'engager, dans le cadre de la négociation du contrat, les discussions sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre. Devant la nécessité de réduire le temps consacré à la préparation de chaque contrat, d'assurer un traitement équitable des établissements et de

proportionner les engagements des agences aux marges régionales, les méthodologies mises en œuvre tendent vers l'utilisation de grilles d'analyse standard et une meilleure articulation entre les contrats et la campagne budgétaire annuelle. A compter de 2001, l'ARH d'Ile-de-France a ainsi inclus les objectifs de productivité assignés aux établissements dans les COM ; en Bretagne, le montant financé par l'agence dans le cadre des COM est déterminé par la valeur de point ISA des établissements.

B – La répartition régionale de l'objectif quantifié national aux cliniques privées

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, l'évolution des tarifs des prestations inscrite dans un avenant annuel au contrats d'objectifs et de moyens, est négociée par les ARH avec les fédérations représentant les établissements privés, dans le cadre des principes fixés par un accord national.

1 – Les contrats d'objectifs et de moyens

Aux termes de l'ordonnance du 24 avril 1996, chaque établissement entrant dans le champ de l'objectif quantifié national (OQN) devait signer avec l'ARH un contrat d'objectifs et de moyens d'une durée de 3 ou 5 ans définissant les orientations stratégiques en fonction du SROS, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, des recommandations de la conférence régionale de santé et, le cas échéant, des actions de coopération envisagées ou engagées.

Les agences ont respecté l'échéance prévue par l'ordonnance pour la signature des contrats, parfois au prix d'une normalisation du contenu et du report, parfois définitif, de la négociation des annexes individuelles obligatoires relatives à la qualité et à la sécurité des soins. Ainsi, en Ile-de-France, le seul élément de personnalisation des contrats est leur durée. En Franche-Comté, la négociation des annexes relatives à la qualité et à la sécurité des soins a été reportée de manière à prendre en compte les conclusions d'un audit de gestion des risques mené, à la demande de l'agence, dans l'ensemble des cliniques de la région. En Bourgogne et en Poitou-Charentes, ces annexes ont été rédigées à partir d'un autodiagnostic réalisé par les établissements. En Pays-de-la-Loire, le contenu du contrat et de ses annexes se présente sous la forme de tableaux standards remplis par les établissements et validés par l'agence. Pour la première fois, les établissements à but lucratif ont dû présenter leur politique médicale à moyen terme.

2 – La modulation tarifaire

Dans le cadre des modulations tarifaires régionales permises par les accords nationaux signés en 2000 et 2001, les ARH ont principalement cherché à favoriser la mise en œuvre des SROS, l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des écarts de tarifs ou de valeur de point ISA ^[7] au travers de critères multiples. La poursuite simultanée de ces objectifs peut avoir des effets contradictoires : à titre d'exemple, la modulation des tarifs visant à favoriser l'adaptation de l'offre de soins peut avoir pour conséquence d'augmenter les écarts de tarifs entre établissements pour une même prestation.

Comme pour la répartition des fonds d'aide aux contrats en 1998 et 1999, les pratiques régionales sont très diverses en matière de modulation tarifaire en ce qui concerne l'ampleur de la modulation (absence de modulation, modulation entre disciplines et/ou entre établissements, amplitude des écarts) et les critères retenus pour répartir l'augmentation des tarifs entre les établissements (PMSI, seuils d'activité, exécution des contrats, accueil des urgences, opérations de coopération engagées, scores de performance sur des items multiples...). Les modalités de répartition négociées entre les ARH et les fédérations professionnelles visent dans certaines régions à conforter la situation d'un petit nombre d'établissements, qui ont par ailleurs déjà bénéficié des fonds d'aide aux contrats (Franche-Comté). A l'inverse, les méthodologies parfois très complexes mises en œuvre conduisent à distribuer des montants faibles à un grand nombre d'établissements (Pays de la Loire).

La prise en compte des orientations du SROS parmi les principaux critères de modulation des tarifs conduit à une certaine convergence des principes d'allocation des ressources entre secteur public et secteur privé. En Ile-de-France par exemple, le taux d'évolution pour les activités de chirurgie a été fixé en 2001 à un niveau inférieur (+ 0,76 %) au taux moyen régional (0,98 %), pour permettre une redistribution au profit des soins de suite ou de réadaptation et de la psychiatrie (+ 1,25 %).

Les ARH ont cherché depuis 2000 à élaborer une véritable politique d'allocation des ressources aux établissements privés et à utiliser le levier d'action qui leur était offert pour inciter ces établissements à mettre en œuvre la politique régionale.

SYNTHESE

La mise en place des ARH a permis de renouveler les méthodes budgétaires et de conduire une politique d'allocation des ressources qui, parce qu'elle tient davantage compte de l'activité des établissements, corrige progressivement les inégalités de dotation entre eux. La diffusion de l'utilisation du PMSI a largement contribué à cette évolution.

Mais, la péréquation nationale est aujourd'hui menacée, car les établissements hospitaliers ne conduisent que peu d'opérations de restructuration permettant de réduire les coûts, ce qui limite le redéploiement des moyens d'une région à l'autre. Les mêmes obstacles se rencontrent dans la mise en œuvre de la péréquation infrarégionale.

Enfin, les interventions des administrations centrales dans l'allocation des moyens compliquent la tâche des ARH, en raison de la multiplication des crédits alloués en cours d'année, sur lesquels aucun compte-rendu d'exécution n'est demandé.

RECOMMANDATIONS

Mettre en place un dispositif de suivi et de contrôle des dépenses des établissements hospitaliers.

Etre plus exigeant sur les justifications en matière d'allocation d'aides exceptionnelles et sur les évaluations médico-économiques des projets de recomposition du tissu hospitalier.

Effectuer un bilan final de campagne budgétaire chaque année et procéder à une évaluation de la politique d'allocation des ressources au niveau national et au niveau régional, notamment pour mesurer l'impact des politiques menées sur la stratégie des établissements, du point de vue de la gestion interne (notamment en matière de ressources humaines) et de la mise en œuvre des SROS (réorientation des activités, coopération ou rapprochements avec d'autres établissements).

Déconcentrer davantage la décision budgétaire au niveau des ARH, de manière à conforter la politique régionale.

Eviter la prolongation de la campagne budgétaire tout au long de l'année.

Le financement des soins hospitaliers à l'étranger

1. Les modalités d'encadrement de la dépense globale hospitalière dépendent des systèmes de pilotage en vigueur dans les Etats ainsi que de l'organisation des soins hospitaliers.

Aux *Pays-Bas*, un budget global couvre les soins pris en charge par l'assurance publique. Il est réparti entre les caisses d'assurance maladie. Par contre, les dépenses relatives aux soins pris en charge par l'AWBZ (assurance pour les soins coûteux de long terme) et les assurances privées ne sont pas encadrées.

En *Allemagne*, il n'y a pas d'enveloppe nationale hospitalière mais des budgets d'investissement par *land* et des budgets de fonctionnement négociés par les hôpitaux avec les caisses d'assurance maladie.

Au *Québec*, l'enveloppe globale fixée par le gouvernement est distribuée aux régies régionales qui l'allouent aux établissements de leur réseau. Les dépenses d'investissement hospitalier sont financées par le ministère, sur proposition des régies qui présentent la liste des opérations à réaliser, en précisant le coût et le degré de priorité de chacune. La rémunération des médecins exerçant dans les hôpitaux n'est pas incluse dans le budget des hôpitaux (elle est prise en charge par la régie d'assurance maladie du Québec). Les dépenses relatives à l'activité des médecins de ville et hospitaliers étaient encadrées par une enveloppe globale, à laquelle s'ajoutait un plafonnement individuel de l'activité. Depuis peu, la rémunération des médecins pour leur activité en établissement est déplafonnée.

Au *Royaume-Uni*, le Gouvernement fixe la dépense totale de santé au sein de laquelle une enveloppe fermée est déterminée pour les soins hospitaliers secondaires et tertiaires depuis 1982 et pour les prescriptions pharmaceutiques depuis 1999. Par contre, le paiement des services de médecins généralistes n'est pas encadré. Théoriquement, au niveau des acheteurs de soins, les enveloppes sont fongibles, les praticiens pouvant arbitrer entre soins primaires, secondaires et tertiaires.

En *Espagne*, les dépenses de santé, encadrées jusqu'en 1994 par un budget annuel cible, l'ont ensuite été par un budget triennal national qui était réparti entre les communautés autonomes. Dans les faits, les déficits des communautés autonomes ou de l'INSALUD ont toujours été couverts. Depuis 2001, les budgets publics correspondant aux compétences décentralisées sont distribués globalement aux communautés autonomes qui les répartissent librement entre les différents postes de dépenses (santé, éducation, etc).

2. Les modes d'allocation de ressources aux régions ou/et aux établissements ont tendance à évoluer de systèmes de paiements rétrospectifs complets vers des allocations prospectives, généralement calculées sur une base historique, puis vers des formules prenant en compte les besoins de la population. Les préoccupations d'équité et d'efficacité justifient ces évolutions.

Aux *Pays-Bas*, le budget alloué aux caisses est calculé *per capita* en tenant compte de l'âge, du sexe des assurés et des caractéristiques régionales. Si les dépenses de la caisse dépassent ce budget, elle doit prélever une contribution supplémentaire sur ses assurés. Le niveau de cette contribution exprime l'efficacité de la caisse. Mais, la caisse n'ayant d'influence qu'à l'égard de certaines dépenses, les déficits enregistrés peuvent partiellement faire l'objet d'une péréquation. Ils sont d'autant plus mutualisés que la marge d'action de la caisse sur les dépenses est jugée faible. Un

calcul complexe aboutit à laisser à la charge des assurés une part croissante des dépassements de dépenses hospitalières.

C'est au *Royaume-Uni* que la méthode d'allocation des ressources est la plus aboutie : l'allocation versée par le ministère de la santé aux autorités locales de santé et par ceux-ci aux praticiens est ajustée au risque selon de multiples critères : type de soins, critères démographiques, sociaux, sanitaires, etc

En *Espagne*, depuis 2001, les régions reçoivent pour la santé une enveloppe régionale déterminée en fonction du nombre et de la répartition par âge des habitants, de leur degré d'isolement, ainsi que des crédits spécifiques pour compenser les flux interrégionaux et les soins aux personnes dépendantes. Si les enveloppes sectorielles reçues par les communautés sont fongibles, en pratique, par prudence, les budgets destinés à la santé restent cantonnés. Les régions peuvent compléter ces budgets avec leurs ressources propres.

En *Suède*, le budget national de la santé est divisé entre les comtés selon une formule qui prend en compte notamment les caractéristiques de la population. Ces dépenses ne sont pas préaffectées aux différents types de soins.

Au *Québec*, l'enveloppe budgétaire allouée aux régies régionales couvre les dépenses de fonctionnement des services socio-sanitaires dispensés dans les établissements du réseau. L'allocation de ces ressources entre les régions se fait essentiellement par reconduction des budgets de l'année précédente. Chaque régie alloue les ressources aux établissements du réseau sans règle explicitement établie, mais sous réserve de l'accord du gouvernement. Pour supporter les compressions budgétaires, les régies ont développé des stratégies de restructuration d'activités et de réduction de dotations. La révision des bases budgétaires historiques a été tentée dans quatre régions en fonction d'une définition des besoins financiers des établissements estimés à partir des coûts unitaires des services ou des coûts par personne.

II – Les modalités de paiement des dépenses d'hospitalisation par les régimes d'assurance maladie

En raison de leurs modalités de financement respectives, les établissements entretenaient jusqu'en 2000 des relations très différentes avec l'assurance maladie : pour un établissement sous dotation globale, la relation principale s'établissait avec la caisse de sécurité sociale, appelée "caisse pivot", qui lui versait la totalité de sa dotation. Pour les cliniques privées, les versements provenaient de chacun des régimes dont relevaient les patients admis pendant l'année.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et le décret du 26 décembre 2000 ont prévu, pour les cliniques privées, qu'une caisse, dite "caisse centralisatrice des paiements", jouerait un rôle proche de celui des caisses pivot traditionnelles.

A – Les caisses pivot (établissements sous dotation globale)

Pour les établissements publics et les établissements privés participant au service public, la dotation est versée mensuellement par une caisse d'assurance maladie unique, en trois fractions qui correspondent aux principaux paiements auxquels ils doivent procéder : versement de 60 % le 25 du mois (correspondant approximativement aux traitements et salaires), de 15 % (charges sociales) et de 25 % (fournisseurs) les 5 et 15 du mois suivant.

Ce dispositif a l'avantage de la simplicité de gestion pour les organismes de sécurité sociale et permet aux pouvoirs publics de moduler, le cas échéant, le montant des versements en cours d'année.

Il s'accompagne d'un mécanisme de répartition interrégimes de cette dotation afin d'en répartir la charge financière « *au prorata du nombre de journées d'hospitalisation prises en charge par chaque régime au titre de chaque risque, et corrigée par application de coefficients qui tiennent compte du coût des journées d'hospitalisation prises en charges* ». Ce mécanisme, géré par la CNAMTS et piloté par une commission nationale, semble lourd et complexe au regard des incidences financières relativement faibles pour chaque régime de la répartition effectuée chaque année. Il serait sans doute souhaitable qu'une réflexion soit menée sur sa simplification, voire sa forfaitisation.

Si le mode de financement des établissements sous dotation globale devait évoluer, les procédures financières devraient également être réformées. En particulier, si une tarification à la pathologie était adoptée [8], le mécanisme de paiements forfaitaires mensuels par une caisse unique serait amené à disparaître, pour être éventuellement remplacé par le dispositif de la caisse centralisatrice des paiements décrit ci-dessous.

B – Les caisses centralisatrices des paiements (établissements privés sous OQN)

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a profondément modifié les circuits de financement des cliniques en posant le principe du versement par une caisse unique des sommes dues par les régimes obligatoires.

1 – Les objectifs de la réforme

Le suivi des dépenses du secteur privé de l'hospitalisation est jusqu'à présent effectué principalement à partir du Système national interrégimes des établissements privés (SNIREP) [\[9\]](#), système permettant de collationner l'ensemble des paiements effectués par les caisses locales d'assurance maladie. Cet outil présente de nombreuses faiblesses. En particulier, il ne permet pas de suivre la réalité de l'activité des établissements sur une période donnée, en raison des délais de liquidation. De plus, n'étant pas alimenté par tous les régimes, il nécessite de nombreux retraitements statistiques, sources de contestations par l'ensemble des acteurs.

L'avantage des « caisses pivot » est de permettre un suivi infra-annuel exhaustif des dépenses de l'assurance maladie puisque toutes ces dépenses transitent par un nombre réduit de caisses.

Par ailleurs, les circuits seront simplifiés, puisque les établissements auront désormais des relations financières avec une caisse unique. Les transferts d'informations entre les établissements et la caisse pivot seront informatisés, le bénéfice du versement d'un acompte étant conditionné au choix de ce mode de communication. Enfin, la trésorerie des cliniques privées sera améliorée grâce à des versements plus rapides de l'assurance maladie.

2 – L'élaboration du nouveau dispositif

Le décret décrivant le système retenu et fixant la terminologie (les caisses pivot sont dénommées "caisses centralisatrices des paiements" et, les autres caisses, "caisses gestionnaires") a finalement été pris le 26 décembre 2000 pour une mise en œuvre au 1er janvier 2001. De manière schématique, le dispositif peut être ainsi résumé :

- lorsque les établissements de santé traitent des supports électroniques [\[10\]](#), ils adressent, d'une part, à la caisse centralisatrice les flux de facturation et, d'autre part, les pièces justificatives de facturation sur support papier à la caisse d'affiliation de l'assuré (caisse gestionnaire) ;
- à la réception du flux sur support électronique, la caisse centralisatrice procède au paiement d'un acompte sur le montant de la facture se rapportant aux frais d'hospitalisation, et transmet parallèlement un flux électronique à la caisse gestionnaire pour liquidation ;
- à l'issue des opérations de liquidation, quel que soit le support du flux (papier ou électronique), la caisse gestionnaire transmet à la caisse centralisatrice les montants des prestations liquidées (frais de séjour et honoraires) et lui adresse parallèlement un virement d'un montant total égal au flux télétransmis ;
- à réception des données de liquidation, la caisse centralisatrice rembourse à l'établissement de santé le montant des frais d'hospitalisation, après déduction de l'acompte lorsqu'il a été versé ; dans le cas où le montant de la liquidation est inférieur à celui de l'acompte, la caisse centralisatrice procède à la régularisation sur les paiements suivants ;
- enfin, pour compenser la charge financière entraînée par le versement des acomptes par la caisse centralisatrice, les régimes auxquels appartiennent les caisses gestionnaires versent au régime de la caisse centralisatrice une rémunération calculée en fonction du montant des acomptes versés et du délai moyen entre le versement des acomptes et le paiement des sommes correspondant aux prises en charge ; des conventions entre les régimes obligatoires fixent les modalités de calcul de cette rémunération, et notamment le taux d'intérêt appliqué.

3 – La mise en place du nouveau dispositif

Compte tenu des retards intervenus, aucune véritable simulation n'a pu être menée avant le début de 2001. A cette date, seuls le régime général, le régime des militaires et celui des clercs et employés de notaires étaient prêts pour entrer dans le nouveau système. Les rattachements ont été, en réalité, échelonnés et, en octobre 2001, quatre régimes n'avaient pas encore intégré le dispositif (RATP, Assemblée nationale, Banque de France et Cultes).

La raison principale de ces retards a été la difficulté et le coût pour les régimes de l'adaptation de leur outil informatique (matériels et logiciels).

En conséquence, malgré les efforts demandés aux caisses gestionnaires et aux caisses centralisatrices pour alimenter la base de données avec effet rétroactif, il n'a pas été possible de constituer une base statistique exhaustive sur l'ensemble de l'année 2001, qui puisse être comparée aux résultats du SNIREP [\[11\]](#).

Pendant les premiers mois de 2001, de très nombreux problèmes se sont posés, conséquences de l'urgence dans laquelle le dispositif technique a été conçu, de la difficulté de la normalisation interrégimes et de l'insuffisance relative des moyens informatiques du régime général (outil un peu ancien, proche de la saturation et qui supporte de plus en plus difficilement les nouveaux développements qui lui sont imposés) et des autres régimes. Certaines cliniques n'ont pas été payées au départ et ont connu ensuite des paiements retardés ; certaines ont été payées deux fois (caisses gestionnaires transmettant

des flux doubles aux caisses centralisatrices...) ; beaucoup l'ont été à 185 % (paiement des 85 % d'acompte, puis de la totalité de la liquidation).

Le traitement de ces dysfonctionnements a représenté un travail considérable pour les caisses.

Sur 155 cliniques qui ont répondu à l'enquête conduite par la Fédération de l'hospitalisation privée, en octobre 2001, 55 % ont reçu des paiements à 185 % en octobre 2001 ; 45 % des versements d'honoraires sur les comptes des cliniques ou à l'inverse le versement de frais de séjour sur le compte mandataire des praticiens ; 39 % des paiements de double acompte et 12 % des paiements de double solde. Des difficultés sont également apparues dans le suivi des paiements effectifs.

4 – Un premier bilan de la réforme

Il est trop tôt pour tirer un bilan définitif de la réforme ; il est néanmoins possible de souligner que l'objectif principal, l'amélioration des statistiques, n'a pu être atteint dès 2001, contrairement à ce qui était espéré au départ ^[12]. De plus, le nouveau dispositif n'apparaît pas encore, dans la pratique, comme une simplification des circuits d'information et des circuits financiers, alors qu'il alourdit notablement la gestion comptable (création de comptes d'attente dans les cliniques et de comptes auxiliaires dans les caisses centralisatrices).

En revanche, la mise en place des caisses centralisatrices a contraint les régimes à adopter les mêmes normes informatiques et a incité les cliniques à transmettre des flux magnétiques. Enfin, les cliniques sont sans doute gagnantes en termes de trésorerie, malgré certains retards subis.

L'informatisation progressive des cliniques, les développements réalisés par la CNAMTS et l'adaptation des normes informatiques des régimes obligatoires et de la cinquantaine de mutuelles gestionnaires pour le compte du régime général ont probablement eu un coût financier élevé. Par la suite, la mise en œuvre du système ^[13], qui n'est pas encore vraiment achevée, et la gestion des dysfonctionnements ont entraîné un coût humain non négligeable pour les caisses centralisatrices (dans les agences comptables de certaines CPAM, un agent à plein temps a dû être employé sur cette fonction), les caisses gestionnaires et les cliniques.

Cette réforme devrait permettre une amélioration des statistiques de suivi des dépenses et une normalisation des flux informatiques entre les établissements sous OQN et les caisses de sécurité sociale. Pour autant que soient réglées les difficultés de mise en œuvre qui semblaient persister à la fin de 2001, elle préfigure sans doute le dispositif qui pourrait être adopté pour tous les établissements de santé en cas de passage à une tarification à la pathologie. Elle pourrait également inspirer certaines évolutions des relations financières entre les caisses et les autres professionnels de santé.

RECOMMANDATIONS

Simplifier le dispositif de répartition interrégimes de la dotation globale.

Etablir un bilan détaillé de la réforme des modalités de paiement des dépenses par les caisses d'assurance maladie aux cliniques privées. Veiller à ce que l'objectif d'amélioration des statistiques soit atteint de façon à pouvoir abandonner le SNIREP. Etudier les possibles simplifications, approfondissements et extensions du dispositif mis en place.

CETTE SECTION N'A PAS APPELE DE REPONSE DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES

III – La tarification à la pathologie : bilan des deux premières années de l'expérimentation

La loi du 27 juillet 1999 a permis le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et durant cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

A – Les objectifs de l'expérimentation

Cette expérimentation a pour objectif de tester un nouveau mode d'allocation des moyens aux établissements de santé, fondé sur une meilleure connaissance des coûts des pathologies.

1 – Les faiblesses du système actuel de tarification et de financement

Le système actuel de tarification présente, selon les gestionnaires, les principaux défauts suivants :

a) *La relative déconnexion entre l'évolution de la dotation globale de fonctionnement et l'évolution de l'activité réelle des établissements qu'elle finance*

La dotation globale de fonctionnement des établissements publics et privés PSPH représente en moyenne plus de 90 % de leurs ressources financières. Même si elle n'évolue pas de façon totalement mécanique d'une année sur l'autre, elle ne reflète qu'imparfaitement l'activité réelle des établissements. Ainsi, les rentes de situation, qui existaient au profit de certains établissements avant sa mise en œuvre en 1983, n'ont sans doute pas toutes été apurées, malgré l'apport du PMSI. Les établissements dont l'activité décroît peuvent connaître une relative aisance financière ; à l'inverse, les établissements dont l'activité croît, souvent en raison de meilleures pratiques, peuvent être pénalisés financièrement.

b) *La complexité et les effets pervers de la tarification des établissements privés à but lucratif*

Les établissements privés régis par l'OQN reçoivent des forfaits par journée et prestation délivrée, ce qui assure un financement en fonction des actes réalisés. Mais les données issues de leur comptabilité analytique ne permettent pas aux ARH de déterminer précisément le coût de chacun des actes. De plus, les tarifs, qui sont complexes à arrêter (plus de 25 éléments de tarification déclinés par grandes disciplines) et à actualiser en fonction de l'évolution des techniques et des pratiques, ne peuvent être suffisamment détaillés pour distinguer chaque type d'acte. En conséquence, ils ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des coûts des établissements et peuvent conduire les établissements à se spécialiser dans les domaines les plus rémunérateurs. Dès lors, ils peuvent se traduire par des choix de spécialisation inadaptés aux besoins.

c) *La coexistence de deux tarifications distinctes pour les secteurs public et privé*

Enfin, les patients étant libres de choisir le recours à tel ou tel établissement public ou privé, il est difficile de justifier l'existence de deux modes de tarification différents, engendrant de fortes inégalités dans les moyens de fonctionnement des établissements et de réelles inégalités dans l'offre de soins proposée aux patients.

2 – Les bénéfices attendus d'une tarification à la pathologie

La réforme du système de tarification a pour objet de tenir compte de l'activité réelle des établissements et d'inciter à une optimisation des coûts. Depuis de nombreuses années, l'idée est mise en avant qu'un système plus pertinent serait celui reposant sur un regroupement d'actes ou de séjours relatifs aux mêmes pathologies : chaque pathologie traitée se verrait appliquer un tarif, fixé à l'avance, égal pour tous les établissements et déterminé à partir de l'analyse des coûts.

Des tarifications s'inspirant de cette approche existent, pour certaines pathologies, aux Etats-Unis depuis la fin des années 1980 (programme Medicare destiné à prendre en charge les soins des personnes âgées de plus de 65 ans, ainsi que de certaines personnes handicapées) et dans certains pays nordiques [14]. Ces tarifications ne sont cependant pas l'outil exclusif d'allocation des moyens aux établissements de soins.

En France, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 autorisait déjà le gouvernement à expérimenter « l'élaboration, l'exécution et la révision des budgets présentés en tout ou partie par objectifs tenant compte notamment des pathologies traitées », ainsi que « l'établissement de tarifications tenant compte des pathologies traitées ». L'absence d'outil de mesure des coûts par pathologie dans les établissements de santé n'a pas permis, à l'époque, de progresser significativement sur le sujet. Une importante expérimentation a toutefois été menée en 1994-1995 en Languedoc-Roussillon, démontrant que le recueil des informations médicales et financières utilisées par le PMSI et nécessaires à l'évaluation des coûts par pathologie était possible quels que soit la taille et le statut des établissements. La généralisation progressive du PMSI permet désormais d'envisager une évolution de la tarification.

Les bénéfices attendus de la tarification à la pathologie par les promoteurs du projet sont nombreux : plus grande équité, les établissements étant rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent, sur la base d'un tarif fixé nationalement ; incitation à la bonne gestion, car les établissements dont les coûts sont supérieurs au tarif national sont incités à les réduire alors que ceux dont les coûts sont inférieurs en reçoivent les bénéfices ; suppression, enfin, des disparités tarifaires actuelles non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée.

B – Le processus initié par la loi du 27 juillet 1999

1 – Le lancement du processus

Un « Comité de pilotage d'une tarification à la pathologie » a été installé en janvier 2000, comportant, outre des représentants des directions intéressées du ministère chargé de la santé, des représentants des fédérations de l'hospitalisation publique et privée, des conférences de présidents de commissions médicales d'établissements et de directeurs de centres hospitaliers, des ARH et des régimes d'assurance maladie.

Assisté par un comité d'experts et par des groupes de travail, il bénéficie également de l'aide d'un panel d'économistes. Enfin, le ministère a mis en place quatre commissions consultatives regroupant des représentants des usagers, des syndicats de personnel, des médecins hospitaliers publics et des médecins libéraux. Un consensus s'est établi assez rapidement sur l'utilisation du PMSI comme outil de référence (sous réserve d'aménagements et de compléments) et sur les objectifs généraux à atteindre.

Le calendrier arrêté à l'issue de la première réunion du comité de pilotage était le suivant : établissement d'un protocole d'objectifs et de principes (premier semestre 2000), puis d'un cahier des charges de l'expérimentation (deuxième semestre 2000) ; en 2001, lancement de l'expérimentation sur site.

2 – La préparation de la première simulation

a) *Les difficultés rencontrées*

Dès les premières réunions du comité de pilotage, de nombreuses difficultés sont apparues. La principale concernait la détermination du coût des missions de service public pour les hôpitaux.

La mesure du coût des missions de service public [\[15\]](#)

Les données brutes obtenues à partir du PMSI montrent, en effet, une valeur moyenne du point ISA variant de 1,10 à 1,15 pour les cliniques selon leur taille et de 1,88 à 2,03 pour les établissements publics ou privés participant au service public selon leur nature [\[16\]](#). Cet écart n'est que partiellement réduit si l'on prend en compte les honoraires des médecins et si l'on neutralise l'écart de rémunération des personnels soignants entre les deux secteurs. Au total, quel que soit le mode de calcul retenu, les coûts de l'hôpital public apparaissent en moyenne supérieurs de plus de 30 % à ceux des cliniques privées.

Cette différence tient en partie au coût des sujétions de service public auxquelles ne sont pas soumises les cliniques privées [\[17\]](#) et qu'il importe d'évaluer précisément, pour en prévoir le financement et pour les exclure de l'échelle commune qui sera arrêtée pour les établissements des deux secteurs.

Le principe de l'intégration des honoraires

Un second problème est assez rapidement apparu : la nécessaire intégration des honoraires des médecins au calcul des points ISA des cliniques privées afin de pouvoir construire une échelle commune avec les établissements publics. Or, les médecins libéraux, qui ne font pas partie du comité de pilotage, ont exprimé de vives réticences, craignant que cette intégration ne crée pour eux un lien de subordination avec les cliniques et que ces honoraires soient intégrés à l'OQN des cliniques privées.

b) *Les modalités et le calendrier révisé de l'expérimentation*

Un calendrier fortement révisé

Dès l'été 2000, il est apparu que le calendrier initial était peu réaliste. Compte tenu des problèmes de fond qui se posaient, les membres du comité de pilotage ont décidé de le modifier profondément et surtout d'inclure deux simulations qui n'étaient pas prévues au départ et qui devraient permettre de régler de nombreuses questions techniques avant toute expérimentation sur site. Lors de sa réunion de décembre 2000, le comité a donc prévu une première simulation à l'automne 2001, une seconde en 2002 et l'expérimentation sur site en 2003-2004.

Ce calendrier ne pourra pas être respecté, en raison des problèmes de fond décrits ci-dessus et de certains délais dans le traitement de questions complexes, délais dus à une insuffisance de moyens (en particulier de la mission PMSI très sollicitée) ou à l'absence de consensus entre les participants. Ainsi, il faudra attendre avril 2001 pour disposer de la première note de la mission PMSI sur la comparaison des échelles de valorisation des GHM en points ISA ; de même, le groupe de travail sur les honoraires ne sera créé que fin 2000 et les groupes « réseaux » et « séjours extrêmes » [\[18\]](#) au printemps

2001.

Des modalités de travail contestées

Le fonctionnement du comité de pilotage repose sur deux principes qui n'ont jamais été explicitement annoncés par les directions de tutelle : les participants recherchent, le plus souvent possible, des solutions techniques aux problèmes qui se posent et l'administration intervient le moins possible dans le fond du débat afin de permettre aux autres partenaires de dégager un consensus entre eux.

En fait, l'ampleur des problèmes à régler et les limites du PMSI et des instruments de mesure rendent la position de l'administration difficilement tenable. Ainsi, pour la question centrale de la mesure et du financement des sujétions de service public, il sera difficile de trouver une solution acceptable. Les fédérations d'hôpitaux publics et privés PSPH ont décidé, à l'été 2001, de faire du traitement de cette question un préalable à la poursuite de l'expérimentation et ont demandé que l'enveloppe budgétaire consacrée aux missions de service public soit « arrêlée forfaitairement par établissement selon un processus de nature plus politique que technique ».

De même, il apparaît, à la suite des réflexions du groupe de travail, que l'intégration des honoraires des médecins, qui ne pose pas de problèmes techniques insurmontables, suppose un certain engagement des pouvoirs publics.

3 – Un premier bilan du processus

- Les principaux partenaires, en particulier les fédérations hospitalières, ont clairement adopté une position de principe favorable au passage le plus rapide possible à une tarification à la pathologie, position subordonnée toutefois au règlement du problème de la rémunération des missions de service public. Les pouvoirs publics ont, jusqu'ici, fait preuve de prudence et parfois d'ambiguïté : d'une part, ils souhaitent interférer le moins possible dans les discussions au fond entre partenaires ; d'autre part, ils considèrent que la procédure en cours est une expérimentation à l'issue de laquelle ils décideront de réformer ou non la tarification actuelle, mais certaines déclarations récentes incitent à penser que cette réforme va être mise en œuvre (rapport annexé à la LFSS pour 2002 qui a précisé : « la tarification à la pathologie sera rapidement mise en place après expérimentation dans les régions »).

- Le calendrier initial de l'expérimentation n'a pas été respecté, de même que le calendrier révisé fin 2000. Au début de l'année 2002, aucune expérimentation sur le terrain n'avait été conduite. De très nombreux points n'ont pas encore été véritablement abordés : prise en compte des coûts particuliers propres à certains établissements ou certaines zones géographiques, gestion de la planification des équipements, modalités pour limiter le risque de sélection des patients par les établissements en fonction d'un coût estimé de leur traitement inférieur ou supérieur à la rémunération moyenne du GHM, intégration des facteurs de qualité des soins, financement des établissements aux structures de coût durablement supérieures à l'échelle retenue, prise en compte des polyopathologies, modalités et durée de la période de transition.

L'administration reconnaît que, dans les conditions actuelles, il sera difficile de mener à bien l'expérimentation dans le délai de cinq ans prévu par la loi. Une impulsion nouvelle des pouvoirs publics est donc indispensable si l'on veut que ce délai soit respecté. Elle doit prioritairement porter sur la connaissance des écarts de coûts entre établissements, ce qui pose le problème de la qualité de la comptabilité analytique des établissements et de la transparence des informations recueillies.

Les modes de paiement des hôpitaux étrangers

Les modes de paiement des hôpitaux évoluent d'une rémunération a posteriori de coûts engagés pour le fonctionnement de structures, vers des budgets prospectifs globaux ou par pathologie. Chacun des pays étudiés a mis en place, plus ou moins tardivement, un budget global prospectif, avec une incitation plus ou moins forte pour les établissements à respecter le budget prévu. Par contre, le paiement par cas, s'il est envisagé par tous les pays étudiés, à plus ou moins longue échéance, est encore peu pratiqué. Les groupes homogènes de malades (DRG pour *diagnostic related groups*) ne sont utilisés que pour une partie des paiements dans certains pays et uniquement à des fins de *benchmarking* dans d'autres.

En *Allemagne*, les dépenses de fonctionnement des hôpitaux sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie et plus marginalement par les patients. La nature, le volume et le tarif des activités de chaque hôpital sont négociés entre l'hôpital et un comité représentant l'ensemble des caisses détenant une part de marché de plus de 5 % dans l'hôpital. En 1985, les hôpitaux sont passés d'un système de prix de journée à des budgets prospectifs flexibles, théoriquement établis de manière à favoriser les établissements efficaces. Depuis 1996, bien que les dépenses des établissements restent en grande partie rémunérées par un budget global, trois types de paiement coexistent : un tarif *per diem* divisé en deux parties, l'une pour les dépenses médicales, l'autre pour les coûts d'hébergement ; des tarifs spéciaux pour quelques interventions, qui s'ajoutent au prix de journée ; des paiements par cas définis pour certaines combinaisons diagnostic-intervention et qui couvrent l'ensemble des coûts relatifs au séjour. Moins d'un quart des séjours seraient rémunérés

selon le paiement par cas. Le budget global composé de ces trois types de rémunérations est flexible en ce sens que si l'activité réalisée a été plus importante que prévu et que le budget a été dépassé, l'hôpital doit assumer une partie du surcoût dans une proportion variant selon le type de séjour. Par contre, si le budget cible n'a pas été atteint, l'établissement perçoit une fraction du budget correspondant à l'activité non réalisée. A partir de 2003, tous les séjours, hors psychiatrie, devraient être financés par des tarifs à la pathologie.

Aux *Pays-Bas*, les caisses négocient avec les établissements pour déterminer la quantité, la qualité et, dans une certaine mesure, les prix des services produits. Les budgets de fonctionnement des hôpitaux tiennent compte de trois paramètres pondérés : la population à desservir, le nombre de spécialités et de lits autorisés, les indicateurs de production. A l'intérieur de ces budgets, les hôpitaux négocient avec les caisses et les assureurs privés les volumes de production et les prix. Les paiements par les caisses s'effectuent de deux façons : une rémunération à l'acte identique dans tout le pays, fixée au niveau national, pour les activités de traitement et de diagnostic et une rémunération *per diem* des soins infirmiers selon un tarif propre à chaque établissement et imposé à tous les assureurs. Depuis 2000, les paiements des hôpitaux sont liés à la performance : ils ne peuvent plus constituer des réserves car une production inférieure aux volumes négociés conduit à une baisse des montants versés par les assureurs. Ces incitations ont pour objet de stimuler l'activité et de diminuer les listes d'attente. Un paiement à la pathologie est prévu pour 2003. Contrairement aux systèmes mis en œuvre dans d'autres pays, un patient pourra être classé dans plus d'un groupe de séjours. Dans un premier temps, ces paiements ne concerneront que les assurances publiques avant d'être étendus aux assurances privées.

Au *Québec*, le financement diffère selon le statut de l'établissement : les établissements publics sont dotés d'un budget par la régie, les établissements privés à but partiellement lucratif doivent passer une convention avec le ministère tandis que les établissements à but entièrement lucratif ne sont pas conventionnés. Partant de budgets historiques ajustés chaque année, les hôpitaux ont été soumis à une forte contrainte budgétaire dans les années 90, contrainte cependant adoucie par la couverture systématique de leurs déficits par le ministère. En 2000, une loi leur a imposé le respect de l'équilibre budgétaire sous peine d'être mis en tutelle et une étude a été engagée pour calculer les budgets en fonction du volume et de la lourdeur des cas traités et de leur performance relative. Expérimenté en 2001, ce mode de calcul a permis de dégager des économies pouvant représenter jusqu'à 10 % du budget de certains établissements.

En *Espagne*, les hôpitaux intégrés dans le système national de santé (INSALUD) sont, depuis 1993, payés sur la base de « contrats de programmes » (ce ne sont pas de vrais contrats, compte tenu de la nature des relations entre les établissements et les financeurs) dont l'objectif est de rémunérer les activités de soins quantifiées en unités de compte (*unidad basica asistencial* ou UBA). Ainsi, une hospitalisation représente 1 UBA en médecine et 1,5 UBA en chirurgie. La valeur des UBA et la rémunération des services non traduits en UBA (transplantations, dialyses) sont négociées au cas par cas. Ces UBA ne peuvent donc pas être assimilées à une tarification à la pathologie, laquelle est actuellement expérimentée en Catalogne, en Andalousie et au Pays Basque. Les hôpitaux situés en dehors de l'INSALUD peuvent signer des contrats avec celui-ci, soit pour combler ses lacunes et réduire les files d'attente, soit pour exercer les activités qui relèvent habituellement de l'INSALUD. Dans le premier cas, qui se distingue de la situation des cliniques privées en France par la condition sélective mise au conventionnement, la tarification est à la journée, rarement à la pathologie, et l'accord encadre l'activité prise en charge. Dans le deuxième cas, qui s'apparente à la formule française de participation des hôpitaux privés au service public hospitalier, la rémunération est identique à celle applicable aux hôpitaux de l'INSALUD.

Au *Royaume-Uni*, les contrats conclus entre les groupements de généralistes et les *trusts* hospitaliers reposent sur trois types de paiements : une enveloppe globale calculée pour la population résidente et pour une large gamme de services de soins aigus (65 %), des rémunérations à l'acte ou au cas traité dans le cadre d'accords prix-volumes (25 %) et des paiements à la pathologie (10 %). La prédominance de l'enveloppe globale s'explique par l'insuffisance du système d'information. Pourtant, les données nécessaires à la construction des *Health care Resource Groups* (ou HRG) sont collectées systématiquement depuis 1984 et les médecins généralistes regroupés dans des *fundholders* ont négocié avec les hôpitaux, à partir de 1989, sur la base d'une information encore plus fine que celle résultant des HRG. Initialement développés pour le financement des établissements, ils sont surtout utilisés pour évaluer la complexité de l'activité et à des fins de *benchmarking*. Il semble que le NHS se soit heurté à un refus des hôpitaux de respecter l'obligation de fournir les informations de séjour. La collecte reste toujours difficile en raison du faible développement de la comptabilité analytique dans les hôpitaux. En outre, la qualité des informations a diminué quand les *fundholders* ont été remplacés par les groupements de généralistes, auxquels tous les médecins généralistes doivent désormais appartenir.

En *Suède*, la décentralisation des procédures a débouché sur une grande diversité de modes de paiement aux hôpitaux. A la fin des années 80, les paiements par cas ont été introduits afin d'améliorer la productivité. Ces paiements sont souvent fondés sur la version nordique des DRG, mais certains comtés ont adopté d'autres classifications. Actuellement, la plupart des contrats prévoient des paiements au cas, pour tout ou partie de l'activité de l'établissement, assortis d'un plafonnement de l'activité et d'exigence de qualité, éventuellement complétés par des paiements au prix de journée. Certaines études révèlent que les gains de productivité attendus des paiements au cas ont été temporaires et que les listes d'attente sont réapparues. Par ailleurs, des gains de productivité ont été observés dans des comtés n'ayant pas utilisé les paiements au DRG, ce qui permet de supposer que d'autres mesures, telles que l'attribution des dotations individualisées aux départements de l'hôpital ont pu avoir des effets plus positifs.

IV – La participation des assurés aux dépenses d’hospitalisation

Créés respectivement par la loi du 30 avril 1930 et par la loi du 19 janvier 1983, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers constituent les deux modalités du financement des soins hospitaliers qui restent à la charge des patients.

Si les objectifs qui ont présidé à leur création n’ont pas varié (faire participer l’assuré au financement des soins et des services d’hébergement dont il bénéficie), les modalités de leur mise en œuvre ont beaucoup évolué, en particulier leurs montants, les conditions d’exonération et leur prise en charge par des organismes de couverture complémentaire. Le dispositif apparaît aujourd’hui complexe et mal mesuré ; il atteint de plus en plus imparfaitement les objectifs qui ont prévalu à sa création et constitue une source d’inégalités entre assurés et de complexité de gestion.

A – Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers : un dispositif relativement complexe et aux conséquences mal mesurées

1 – Un dispositif relativement complexe

a) *Le ticket modérateur*

La modulation des taux des tickets modérateurs

Les taux du ticket modérateur varient actuellement de 20 % pour l’hôpital à 65 % pour certains médicaments. Il en résulte une certaine complexité puisque, par exemple, l’assuré social supporte pour ses frais d’honoraires et ses frais d’analyse et de laboratoire un ticket modérateur de 20 % si les actes sont dispensés à l’hôpital, et de 30 et 40 % respectivement s’ils le sont en ville.

Le nombre important des causes d’exonération

On recense actuellement près de 30 cas d’exonération du ticket modérateur car des exonérations assez récentes liées à des considérations de santé publique ou de politique sociale se sont ajoutées aux exonérations traditionnelles qui avaient pour but principal de lever l’obstacle à l’accès aux soins qu’aurait pu constituer ce ticket modérateur compte tenu du coût de certains traitements ou de la situation de certaines personnes. Les cas d’exonérations les plus fréquents sont les suivants :

Exonérations à raison du coût de la prestation

- *Affections de longue durée (ALD)* : sont exonérantes ^[19] **les 30 affections** comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrites sur une liste établie par décret et **les affections non inscrites sur la liste** mais comportant un traitement lourd.

- *Actes, hébergements et produits coûteux* : sont exonérés, en particulier, les actes et les séries d’actes affectés à la nomenclature d’un **coefficient égal ou supérieur à 50**, à l’exception des actes de prothèses dentaires, ainsi que les frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, pré- et post-opératoires, se rattachant directement à l’acte exonérant ; **l’hospitalisation d’une durée continue supérieure à 30 jours**, lorsque l’hospitalisation est effectuée dans un établissement figurant sur une liste établie par un arrêté du 23 juin 1956 ; les **produits d’origine humaine** (sang humain et ses dérivés et lait humain) ; et frais de traitements et d’hospitalisation des **enfants et adolescents handicapés dans les établissements d’éducation spéciale ou professionnelle**.

Exonérations à raison de la situation du bénéficiaire

Exonérations liées à la perception d’un avantage particulier et exonérations liées à la maternité : en particulier, accidentés du travail ayant une invalidité partielle permanente d’au moins 66,66 % ; pensionnés d’invalidité ou de vieillesse à la suite d’une pension d’invalidité ; femmes enceintes, assurées ou ayants droit, pour tous les frais afférents aux soins, liés ou non à leur grossesse (à l’exception des médicaments à vignette bleue), dispensés pendant les 4 mois

précédant la date présumée de l'accouchement et jusqu'à la date de celui-ci ; nouveaux-nés pendant les 30 jours qui suivent la naissance pour les frais d'hospitalisation et pour les soins dispensés en établissement de soins public ou privé, à l'exception des médicaments à vignette bleue.

Exonérations pour des raisons de santé publique ou de politique sociale

Sont exonérés les frais d'analyse ou d'examen de laboratoire relatifs au dépistage du VIH et du VHC ; les frais d'examen de dépistage effectués dans le cadre des programmes de dépistage organisé de maladies aux conséquences mortelles évitables figurant sur une liste établie par arrêté ; l'examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants dans l'année qui suit leur 6ème et leur 12ème anniversaire ; les soins consécutifs à des sévices sexuels sur des mineurs.

b) *Le forfait journalier*

L'article 4 de la loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale a prévu l'instauration d'un forfait journalier hospitalier supporté par les personnes admises dans les établissements hospitaliers et les établissements médico-sociaux quelle que soit la nature juridique de ces établissements.

Il était censé représenter les dépenses que le patient hospitalisé aurait normalement supportées à son domicile. Le principe du forfait journalier paraît donc plus simple encore que celui du ticket modérateur : tous les patients hospitalisés [20] doivent payer un forfait journalier d'un montant uniforme [21] quels que soient le type de soins dispensés et la nature des établissements. Cette simplicité apparente est, comme pour le ticket modérateur, altérée par des cas d'exonérations dont la mise en œuvre est loin d'être exceptionnelle [22].

c) *L'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur*

Le patient hospitalisé ne bénéficiant pas d'une exonération doit donc payer à l'hôpital, soit directement, soit par l'intermédiaire de son régime complémentaire, le ticket modérateur et le forfait journalier. Pour éviter que le forfait journalier alourdisse excessivement le coût restant à la charge de l'assuré du fait d'un ticket modérateur dont le montant peut être élevé, la loi a prévu un dispositif d'imputation de l'un sur l'autre : ainsi, pour une hospitalisation de dix jours (soit environ 106 € de forfait journalier), si le montant du ticket modérateur est de 300 € le patient ne paie que 300 € dont 106 € au titre du forfait journalier et 194 € au titre du ticket modérateur.

2 – Un dispositif aux conséquences financières et sociales mal mesurées

Le poids financier du ticket modérateur, du forfait journalier et des exonérations accordées n'est pas connu de façon directe et exhaustive. Il ne peut être obtenu qu'en consultant les comptes nationaux de la santé, les comptes des établissements publics de santé fournis par la direction générale de la comptabilité publique, et les travaux de la CNAMTS.

a) *Les montants globaux*

D'après des données fournies par la CNAMTS, le montant total des tickets modérateurs hospitaliers aurait été d'environ 760 M€ en 1998, dont 623 M€ pour les établissements publics sous dotation globale, 61 M€ pour les autres établissements publics et 76 M€ pour les établissements privés.

S'agissant des forfaits journaliers à la charge des assurés, la CNAMTS en a recensé 96,5 millions en 2000, dont 76,5 pour les établissements hospitaliers publics et 20 pour les établissements privés. Avec un tarif unitaire de 10,67 €, compte tenu de la règle d'imputation qui réduit le rendement du ticket modérateur, le montant total de ce poste aurait été d'environ 1 Md€ en 2000.

Au total, le montant global du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier s'élèverait à environ 1,75 Md€ soit environ 3 % des ressources des hôpitaux.

b) *Les arriérés de paiement*

Pour le recouvrement de ces sommes, les établissements de santé sont confrontés à une multiplicité de débiteurs : assurés sociaux, régimes et assurances complémentaires, Etat et, jusqu'à la création de la CMU, collectivités locales... Aucune statistique globale des restes à recouvrer n'existe. Les comptes

des établissements publics de santé montrent qu'à fin 1999, le stock de créances de plus d'un an s'élevait à 460 M€ sur les hospitalisés et consultants, 30 M€ sur les caisses de sécurité sociale, 80 M€ sur les départements, 60 M€ sur les autres tiers-payant (mutuelles, sociétés d'assurances...) et 80 M€ sur l'Etat.

Mais ces chiffres ne donnent qu'une idée imparfaite des arriérés de paiement. En effet, d'une part ils ne concernent que les établissements publics de santé et, d'autre part, ils recouvrent tous les types de créances et pas uniquement les créances de ticket modérateur ou de forfait journalier.

c) *Le nombre d'exonérés et le montant des exonérations par motif*

Ticket modérateur

Les statistiques fournies par la CNAMTS sont les suivantes :

Proportion des exonérés parmi les hospitalisés

Motif d'exonération	Etablissements sous dotation globale	Autres établissements	
	1998	1995	2000
Bénéficiaire atteint d'une maladie liste	36,0 %	20,1 %	19,0 %
Hospitalisation de plus de 30 jours	17,6 %	-	-
Actes à coefficient supérieur à 50	17,0 %	19,1 %	36,9 %
Autres exonérations	18,1 %	37,0 %	22,3 %
Non exonérés	11,3 %	23,8 %	21,8 %
Total	100 %	100 %	100 %

Note : les hospitalisations de plus de 30 jours sont comptabilisées dans les « autres exonérations ». Source CNAMTS

Compte tenu du poids respectif des établissements sous dotation globale et des autres établissements de soins, on peut considérer que plus de 85 % des patients hospitalisés sont exonérés du ticket modérateur.

Par ailleurs, aucune donnée n'est disponible sur les conséquences financières de chacune des exonérations. Or, pour mesurer le coût pour l'assurance maladie d'une éventuelle modification de certaines de ces exonérations, il conviendrait de connaître non seulement le pourcentage d'exonérés, mais aussi le coût moyen des séjours par cause d'exonération.

Forfait journalier

Bien qu'aucune statistique précise n'existe sur le nombre et les causes d'exonération du forfait journalier, les populations exonérées du forfait journalier (assurance maternité, accidents du travail, pensionnés militaires...) sont probablement beaucoup moins nombreuses que celles exonérées du ticket modérateur. En effet, les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur (maladie de longue durée, hospitalisation de plus de trente jours, actes à coefficient supérieur à 50...) n'entraînent pas d'exonération du forfait journalier.

d) *L'évaluation des coûts restant à la charge des ménages*

Environ 15 % des patients ne sont pas exonérés du ticket modérateur hospitalier et 50 % du forfait journalier ^[23]. Le montant total restant à la charge de ces ménages est de l'ordre de 1,75 Md€ au titre de ces deux dispositifs.

Les patients ont la possibilité de souscrire une protection complémentaire auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance qui, en contrepartie des cotisations ou primes payées, prennent en charge tout ou partie du ticket modérateur et du forfait journalier.

Les comptes nationaux de la santé présentent les données statistiques résumées ci-dessous :

Dépenses de santé à l'hôpital par opération de financement (en Md€)

	1992	1995	1998	2000	Evolution 2000/1992
Complémentaires (1)	1,23	1,61	1,88	2,10	+ 71%
(% du total) (2)	(2,7 %)	(3,1 %)	(3,5 %)	(3,7 %)	-
Ménages	2,76	3,05	3,11	2,95	+ 7 %
(% du total) (2)	(6,2 %)	(5,9 %)	(5,7 %)	(5,2 %)	-
Dépenses totales (3)	44,70	51,61	54,37	56,82	+ 27 %

(1) Mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance ; hors CMU complémentaire en 2000.

(2) Pourcentage par rapport au total des dépenses hospitalières.

(3) Total des dépenses hospitalières : hôpitaux et sections médicalisées.

Source : comptes nationaux de la santé

Ces chiffres montrent la part croissante prise par les organismes complémentaires dans le financement du coût de l'hospitalisation restant à la charge des ménages : leurs paiements ont augmenté de 71 % entre 1992 et 2000, alors que ceux directement payés par les ménages n'ont progressé que de 7 % pendant la même période.

Ces données ne permettent pas de décrire précisément la répartition du financement du ticket modérateur et du forfait journalier entre ces organismes et les patients, puisque les montants présentés dans le tableau comptabilisent également d'autres grandeurs (dépassements d'honoraires...). Néanmoins, les organismes complémentaires remboursant en priorité ticket modérateur et forfait journalier, on peut estimer que plus de la moitié de leurs dépenses d'hospitalisation sont consacrées à ces postes, soit plus de 0,9 Md€

Pour les patients non exonérés et non couverts par ces organismes complémentaires, certaines prises en charge publiques existent lorsqu'il est manifeste que le coût du ticket modérateur et du forfait journalier peut les dissuader d'avoir recours aux soins hospitaliers (aide médicale de l'Etat, action sociale des caisses de sécurité sociale). Depuis 2000, la CMU complémentaire s'est substituée à l'aide médicale des collectivités locales. Elle permet à 4,6 millions de personnes (mars 2002) de bénéficier d'un tiers payant et de l'exonération de ticket modérateur et forfait journalier.

Il est difficile de mesurer avec précision la part de ticket modérateur et de forfait journalier prise en charge par la collectivité en raison de la situation financière des patients. Les premiers chiffres disponibles sur la CMU complémentaire donnent néanmoins un éclairage :

Dépenses d'hospitalisation prises en charge par la CMU complémentaire

Année	Ticket modérateur	Forfait journalier	Total
2000	72,1 M€	47,6 M€	119,7 M€

Source : CNAMTS

Dès lors, les sommes restant à la charge des ménages à ce titre devraient être inférieures à 700 M€^[24], soit moins de 2 % du total des dépenses hospitalières.

Le nombre de patients supportant directement le coût du ticket modérateur et du forfait journalier n'est pas connu avec précision. Toutefois, il est probable que ce nombre s'est sensiblement réduit au cours des trois dernières décennies et qu'il soit assez faible aujourd'hui : ne paient en effet directement le ticket modérateur et le forfait journalier que les patients non exonérés et non couverts par les organismes ou procédures décrits ci-dessus. Grossièrement, on peut estimer que cette catégorie de la population est majoritairement constituée de patients dont les revenus sont supérieurs à ceux donnant droit aux dispositifs liés à la CMU tout en étant trop modestes pour supporter le coût d'une garantie complémentaire.

Pour cette frange de la population, la prise en charge directe du ticket modérateur et du forfait journalier peut s'avérer lourde.

B – Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers n'atteignent plus les objectifs qui ont justifié leur création

1 – La sensibilisation des assurés au coût des soins et la compensation des « économies » d'hébergement

a) *Le ticket modérateur*

Le premier objectif du ticket modérateur est de sensibiliser les assurés sociaux au coût des soins et d'éviter ainsi un recours abusif à l'hospitalisation ou à la médecine de ville. Or, les nombreuses exonérations décrites ci-dessus et la prise en charge importante proposée par les organismes complémentaires ou les pouvoirs publics ont réduit l'impact du ticket modérateur sur les patients. Par ailleurs, on observe que dans de nombreux pays développés ^[25], qui ne demandent aucune participation financière au patient, le recours à l'hospitalisation n'est pas plus important, puisque le nombre d'admissions en soins d'hospitalisation était de 231 pour 1 000 habitants en France en 1998, contre seulement 205 en Allemagne et 180 en Italie.

b) *Le forfait journalier*

L'objectif premier du forfait journalier n'est pas de sensibiliser l'assuré au coût des soins mais de laisser à sa charge une partie des dépenses qu'il aurait dû assumer s'il n'avait pas été hospitalisé (nourriture, hébergement...).

Or, les exonérations et surtout la prise en charge de ce forfait journalier par les organismes complémentaires ou les pouvoirs publics ont assez largement modifié l'équilibre initial du dispositif ^[26]. En effet, payant ses cotisations ou ses primes globalement à sa mutuelle ou à sa société d'assurance, le patient qui dispose d'une couverture à 100 % du forfait journalier n'est plus débiteur au titre de l'hébergement (sauf demandes particulières : chambre individuelle, télévision...).

2 – La maîtrise des dépenses d'assurance maladie

Le second objectif du ticket modérateur et du forfait journalier est de contribuer à la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance maladie. En effet, d'une part, la sensibilisation des patients au coût des soins peut conduire ceux-ci à réduire ou modérer leur demande ; d'autre part, une moindre prise en charge par la sécurité sociale entraîne mécaniquement de moindres dépenses pour elle.

Toutefois, en longue période, l'évolution de ces dépenses ne paraît pas freinée par l'importance des frais laissés à la charge des patients, surtout quand il s'agit de soins hospitaliers, dont la demande présente une élasticité-prix faiblement positive. Elle est, par ailleurs, très dépendante de nombreux autres facteurs (situation sanitaire du pays, offre de soins, mode d'exercice de la médecine, caractéristiques de la prescription médicale...).

C – Le ticket modérateur et le forfait journalier hospitaliers sont sources d'inégalités financières et de complexité de gestion

1 – Inégalités financières

Si l'existence d'un ticket modérateur et d'un forfait journalier ne semble pas provoquer de renoncements aux soins hospitaliers, c'est parce qu'ils sont neutralisés pour des catégories de plus en plus nombreuses de la population. Cette situation crée, du reste, des inégalités financières non négligeables entre les assurés sociaux.

a) *Ecart de prise en charge suivant les soins administrés*

Le dispositif d'exonération décrit précédemment est complexe et génère inévitablement des inégalités entre les patients : ainsi, le dépistage du VHS et du cancer dans certaines conditions est exonéré de ticket modérateur alors que la prévention des maladies cardiaques et cardio-vasculaires, qui provoquent un nombre de décès équivalent, ne l'est pas ; ainsi, un patient sorti de l'hôpital après une hospitalisation de 20 jours et hospitalisé à nouveau 20 jours en raison d'une rechute paiera l'intégralité du ticket modérateur à la différence d'un patient hospitalisé 40 jours en continu.

La plus importante de ces inégalités est celle qui découle de la règle de suppression du ticket modérateur pour tout acte ou série d'actes affecté d'un coefficient global égal ou supérieur à 50. Cette règle a été créée par le décret de 1955, à une époque où le coefficient 50 était relativement rare et laissait à la charge des assurés des montants élevés. L'évolution des techniques médicales vers des actes de plus en plus complexes a étendu progressivement le champ d'application de la règle. Aujourd'hui, quasiment toutes les hospitalisations en chirurgie donnent lieu à exonération, alors qu'une telle exonération reste rare en médecine, ce qui entraîne une différence considérable de traitement entre les patients hospitalisés en chirurgie et ceux qui sont hospitalisés en médecine : à titre d'exemple, une intervention chirurgicale simple (appendicectomie...) suivie d'une hospitalisation de 6 jours pour convalescence coûtera 64 € au patient (six jours de forfait hospitalier) alors qu'une hospitalisation de 6 jours pour soins médicaux lui coûtera 605 €^[27].

b) *Ecart de prise en charge suivant les régions et les établissements*

En raison de l'hétérogénéité des tarifs

Contrairement aux tarifs de responsabilité de la médecine de ville, au prix des analyses en laboratoire et des médicaments, les prix de journée hospitaliers sont différents d'une région à une autre et surtout d'un établissement à un autre. Fixés par les agences régionales de l'hospitalisation, ils sont assez peu nombreux dans les établissements sous dotation globale, ce qui signifie qu'un patient traité pour un cas bénin peut se voir appliquer le même tarif qu'un patient dont le traitement, plus lourd, n'est pas décrit pas un tarif spécifique. Dans le secteur privé sous contrat, ils sont, en revanche, très nombreux (plus de 37 000 tarifs différents dans les 1 900 établissements concernés) et sont utilisés pour la facturation des séjours à l'assurance maladie. Ces tarifs très divers font subir aux patients, par le jeu du ticket modérateur, des différences de prix qui sont difficilement justifiables.

En raison de la non-homogénéité de certaines décisions d'exonération

Les décisions d'exonération du ticket modérateur et du forfait journalier, pour la plupart, répondent à des règles claires dont l'application prête peu à discussion : hospitalisation d'une durée continue supérieure à 30 jours, actes ou séries d'actes de coefficient égal ou supérieur à 50, pensionnés militaires, dépistage du VIH et du VHS, nouveaux-nés...

Certaines décisions d'exonération doivent être prises au cas par cas, en fonction de l'état de santé des patients. C'est le cas en particulier des affections de longue durée qui doivent être reconnues par le médecin-conseil géographiquement compétent et pour lesquelles la Cour, dans son rapport sur la sécurité sociale de 1997, avait relevé d'importantes inégalités régionales, qui persistent depuis lors puisque les taux de refus continuent, en 2000, à varier du simple au double selon les régions.

c) *Risque de distorsion des comportements*

Au-delà des inégalités décrites ci-dessus, qui sont rarement connues des patients, une différence de tarification importante existe entre l'hôpital, où le taux du ticket modérateur est de 20 %, et les soins de ville où ce taux est supérieur. Cet écart est peu critiquable dans son principe si l'on considère que les soins hospitaliers sont moins évitables et surtout beaucoup plus coûteux pour les patients. En revanche, il pourrait inciter les assurés sociaux aux ressources financières modestes à avoir recours en priorité à l'hospitalisation pour laquelle ils paieront un ticket modérateur moindre et n'auront pas à faire l'avance des frais. Aucune mesure précise de ce phénomène n'est cependant disponible.

2 – Complexité de gestion

De manière générale, la gestion des tickets modérateurs et des exonérations est complexe pour les caisses de sécurité sociale, services médicaux et administratifs. Cette complexité est particulièrement forte pour les établissements de soins.

Les algorithmes des procédures d'admission en hospitalisation donnent une bonne image de la complexité de gestion du dispositif pour les établissements hospitaliers. A chaque admission, de nombreuses questions doivent être posées au patient qui peut se retrouver dans plus d'une dizaine de situations différentes vis-à-vis du ticket modérateur et du forfait journalier. Les saisies informatiques doivent ensuite tenir compte de ses réponses et de l'état de la réglementation pour permettre, une fois le séjour achevé, d'émettre une facturation pertinente. Aujourd'hui, les guides d'admission fournis aux personnels des établissements comportent en général plus d'une centaine de pages, dont la moitié porte sur les seules questions du ticket modérateur et du forfait journalier.

Cette complexité est encore accrue par le fait que la situation du patient vis-à-vis du ticket modérateur peut changer en cours de séjour, à titre rétroactif, selon la demande qui est faite par le médecin traitant (affection de longue durée...) et la réponse du médecin-conseil.

Enfin, l'établissement devra faire un suivi particulièrement attentif des milliers de factures adressées à des particuliers au titre du ticket modérateur et du forfait journalier, dont le recouvrement sera souvent malaisé.

SYNTHESE

Les dispositifs du ticket modérateur hospitalier et du forfait journalier sont aujourd'hui complexes, en particulier en raison de la multiplication des motifs d'exonération, et leurs conséquences financières entre assurés sociaux sont insuffisamment mesurées.

Ils atteignent de plus en plus imparfaitement les objectifs qui ont prévalu à leur création et, au contraire, sont source d'inégalités financières et de coûts de gestion non mesurés mais sans doute assez élevés.

En conséquence, il paraît nécessaire de réfléchir à leur réforme et d'étudier, en particulier, la possibilité de fusionner les deux mécanismes en redéployant leurs effets de manière plus équitable et plus simple.

RECOMMANDATIONS

Prendre l'exacte mesure des conséquences financières et sociales du ticket modérateur à l'hôpital et du forfait journalier ainsi que de l'impact de leurs exonérations respectives.

39. Préparer une réforme du dispositif actuel, dans le sens de l'équité et de la simplification, sans renoncer à toute forme de participation des assurés à la dépense hospitalière.

La maîtrise des dépenses hospitalières à l'étranger

Tous les pays cherchent à contenir l'évolution des dépenses hospitalières face au progrès médical et à la demande d'une population partout vieillissante.

Parmi les pays étudiés, l'Allemagne et les Pays-Bas ont un système d'assurance légale qui prend en charge le coût des soins et les autres pays un système national de santé. En Allemagne, la population est couverte par l'assurance légale (88 %) à titre obligatoire ou volontaire, le reste relevant d'assurances privées ou de petits régimes publics. Aux Pays-Bas, en plus de l'assurance pour les soins coûteux de long terme (AWBZ) dont bénéficient de plein droit tous les résidents, 65 % des personnes sont protégées par l'assurance publique (ZFW), 5 % par de petits régimes spéciaux et 29 % par des assurances privées. Dans les quatre pays dotés de systèmes nationaux de santé (Espagne, Québec, Royaume-Uni et Suède), toute la population résidente bénéficie de la prise en charge des soins de santé. Globalement, la maîtrise des dépenses résulte de deux types d'action : la limitation dans l'accès aux soins et la recherche de la performance pour optimiser les moyens.

1. La limitation de l'accès aux soins hospitaliers

Les pays étudiés offrent un bon niveau de prise en charge des soins hospitaliers. La participation des usagers aux frais, quand elle existe, est plafonnée et des exonérations existent pour les pathologies graves, les traitements coûteux ou pour certaines catégories de population. L'exclusion explicite du panier des prestations couvertes reste limitée à quelques actes tels que la chirurgie esthétique ou l'ostéodensitométrie.

Cependant, l'accès aux soins hospitaliers peut être encadré par des conditions administratives telles que l'autorisation préalable de la caisse qui vérifie que l'hospitalisation est « raisonnablement indiquée » par l'état de santé de l'assuré (Pays-Bas), ou telles que la limitation du choix de l'établissement (Suède, Royaume-Uni). L'accès à l'hôpital est plus fréquemment limité par la pratique de l'adressage. Dans la plupart des pays étudiés, l'hospitalisation nécessite un

adressage formel par un médecin : au Royaume-Uni et en Suède, le généraliste oriente le patient vers les soins spécialisés et vers l'hôpital ; en Espagne et en Allemagne, l'adressage peut venir d'un médecin généraliste ou spécialiste.

Dans tous les pays étudiés, à l'exception de l'Allemagne, des listes d'attente régulent de facto la consommation de soins hospitaliers. En Espagne, ce phénomène se traduit par un recours excessif aux urgences comme porte d'entrée à l'hôpital (60 % des admissions) ou par la souscription d'assurances privées. Afin de réduire les délais, évalués en moyenne à 207 jours en 1996, l'INSALUD a décidé de payer les heures supplémentaires aux médecins et, en 2000, de prendre en charge les soins délivrés dans le secteur privé à un patient ayant attendu plus de 180 jours pour subir une intervention chirurgicale dans le secteur public. En 2001, les délais ont été réduits à 62 jours, la cible visée étant de 55 jours pour la chirurgie et de 15 jours pour les actes diagnostiques et les consultations externes.

Aux Pays-Bas, malgré les mesures budgétaires en faveur de la réduction des listes d'attente, décidées en octobre 2001, 185 000 patients étaient inscrits pour des interventions concernant essentiellement l'orthopédie, la chirurgie générale, l'ophtalmologie et la chirurgie plastique.

En Suède, pour réduire les listes d'attente, les soins peuvent être pris en charge, au-delà d'un certain délai, quel que soit le comté où ils ont été dispensés.

Au Royaume-Uni, la réduction excessive des capacités hospitalières et le sous-investissement dans le service de santé se traduisent par un nombre de lits (4,5 pour 1 000 habitants) très inférieur à la moyenne européenne (7,5 pour 1 000). Actuellement, 27 % des patients attendent plus de six mois une admission à l'hôpital. Mais les admissions en urgence sont correctement effectuées, de même que les admissions pour maladies graves (cancer du sein...) après adressage par le généraliste. En avril 2002, une augmentation des impôts a été annoncée pour permettre au NHS de financer la relance de l'investissement hospitalier lorsque la demande n'est pas satisfaite par les hôpitaux privés.

Au Québec, après les fortes compressions budgétaires du milieu des années 1990, les listes d'attente et l'engorgement des urgences ont conduit les pouvoirs publics à investir à nouveau dans le système hospitalier.

2. L'amélioration de la performance par la concurrence entre prestataires

La recherche de l'optimisation des moyens a conduit à l'émergence d'une fonction « d'acheteur de soins » et à la mise en place de mécanismes de contractualisation. C'est dans les systèmes nationaux de santé que la séparation de l'acheteur et du producteur de soins a constitué la réforme la plus radicale.

Au Royaume-Uni, la réforme du NHS de 1991 a eu pour originalité de confier un rôle d'achat de soins, non seulement aux autorités sanitaires de district, mais également à des médecins généralistes. Elle a reposé sur trois mesures : des groupes de généralistes sont dotés d'un budget pour acheter des soins pour leurs patients ; les fonctions « d'acheteur de soins » et de prestataires de soins secondaires et tertiaires (hôpitaux, centres de soins communautaires) sont séparées ; et les hôpitaux deviennent des fondations ou trusts, ce qui leur confère une véritable autonomie de gestion. Les districts ou HAS ont reçu un budget en rapport avec la population couverte et ses caractéristiques de besoins, afin d'acheter des soins secondaires, et les groupes de généralistes acheteurs de soins ont été dotés de budgets proportionnels à la taille de leurs listes de patients pour acheter des soins de chirurgie programmée, soit environ 30 % des adressages. La relation entre l'acheteur et le prestataire est fondée sur le contrat.

L'objectif était d'améliorer la productivité du système de santé en favorisant la responsabilité économique des acheteurs et la concurrence entre les prestataires de soins. Les évaluations du *fundholding* ont montré des aspects positifs en termes de maîtrise des prescriptions pharmaceutiques, d'échanges d'informations entre les médecins et les hôpitaux, de diminution des listes d'attente et d'amélioration de la prise en charge de certaines pathologies. En revanche, le système n'a pas réduit les coûts hospitaliers. De même, si la mise en concurrence véritable des prestataires de soins ne s'est pas réalisée, la contractualisation a développé une prise de conscience du coût des services. La réforme réalisée en 1999 et 2000 maintient la séparation entre acheteur et prestataire de soins qui doivent conclure des contrats de trois ans. Tous les généralistes doivent désormais rejoindre un *primary care group/trust* (PCG/T) qui doit comprendre, en moyenne, 50 médecins et 100 000 patients et peut conserver ses excédents de gestion comme les trusts hospitaliers. Les HAS perdent leur rôle d'acheteur, sauf pour des soins très spécialisés, mais gardent un rôle de supervision des PCG/T. Enfin, la réforme crée le *National institute for clinical excellence* (NICE), chargé d'élaborer les standards de bonne pratique, et la *Commission for Health Improvement Program*, chargée de leur mise en œuvre.

La Suède avait également entrepris, au début des années 1990, une séparation des fonctions d'acheteur public et de producteur hospitalier, lesquels ont acquis l'autonomie nécessaire à leur mise en concurrence. Si des gains de productivité ont été constatés, leur origine réside cependant davantage dans les mécanismes de négociation et de responsabilisation financière que dans la mise en concurrence. A partir de 1995, les mécanismes de marché ont été abandonnés, l'autonomie des établissements réduite et le pilotage repris par les comtés.

En Espagne, la séparation acheteur-prestataire, théoriquement prévue, n'a été mise en œuvre partiellement qu'en Catalogne où le service de santé contracte indifféremment avec les prestataires publics et les établissements privés. Ces

mécanismes de marché se heurtent, au sein de l'INSALUD, à la logique de planification de l'offre et à l'adressage obligatoire des patients pour les soins secondaires.

Aux Pays-Bas, les caisses ont, depuis 1991, le droit de sélectionner les prestataires avec lesquels elles contractent. Mais cette possibilité n'a pas été mise en œuvre. Depuis 1995, pour inciter les caisses à pratiquer une sélection des prestataires, les dépassements des budgets qui leur sont alloués restent partiellement à leur charge, donc à celle de leurs assurés.

[1]. Le ministre de la défense a décidé de soumettre l'ensemble de ses établissements à la procédure de l'accréditation, comme c'est le cas pour établissements hospitaliers civils.

[2]. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001.

[3]. Seules sont prises en considération les dépenses supplémentaires considérées comme légitimes, c'est-à-dire correspondant aux cas dans lesquels l'hôpital d'accueil est le plus proche du lieu de résidence, offre un haut niveau de spécialisation non disponible dans la région d'origine ou se caractérise par une valeur de point ISA particulièrement faible. La part des flux légitimes est estimée à 50 %, sans étude à l'appui.

[4]. Comme pour le critère précédent, la pondération retenue dans la formule de péréquation pour ce critère n'a pas été justifiée (la formule est basée sur la racine carrée de l'ICM).

[5]. Source : DHOS.

[6]. La Bourgogne compte aujourd'hui une soixantaine d'établissements sous dotation globale contre une quarantaine en Poitou-Charentes.

[7]. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2000.

[8]. S'agissant des établissements privés entrant dans le champ de l'OQN, la valeur du point ISA ne prend pas en compte les coûts des établissements, mais les dépenses qui leur ont été remboursées par l'assurance maladie.

[9]. Voir infra : La tarification à la pathologie – chapitre VIII – III.

[10]. Voir les rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997 (page 20) et de septembre 1998 (page 33).

[11]. Les autres établissements continuent à adresser directement à la caisse gestionnaire les bordereaux 615 sur support papier ainsi que les pièces

justificatives pour saisie et liquidation. Ils ne bénéficient pas du versement d'un acompte.

[12]. Le SNIREP est maintenu tant que le nouveau dispositif ne sera pas pleinement opérationnel et fiable.

[13]. Plus généralement, il est d'ailleurs possible de se demander si les résultats statistiques recherchés n'auraient pu être obtenus plus simplement en améliorant le SNIREP et en le rendant obligatoire pour tous les régimes.

[14]. Dans des délais probablement trop rapides au regard du degré de préparation technique du projet.

[15]. L'Allemagne et la Suisse s'orientent également aujourd'hui vers un système d'allocation liée à l'activité.

[16]. Il s'agit notamment de l'obligation de continuité des soins, de l'activité d'urgence, des missions d'enseignement, de recherche, de formation et d'innovation.

[17]. Données pour l'année 2000.

[18]. En application de la LFSS pour 2001, une centaine de cliniques privées a reçu mission d'accueillir et de traiter les urgences.

[19]. Séjours présentant des caractéristiques hors norme, notamment en matière de durée, et dont le coût s'écarte notablement de la valeur moyenne affectée au GHM concerné.

[20]. L'exonération du ticket modérateur concerne toutes les prestations en rapport avec l'affection exonérante, mais pas les prestations relatives à d'autres affections (cf. une fracture après un accident de la route n'ayant pas de rapport avec l'affection exonérante) qui donnent lieu à l'application du ticket modérateur à son taux habituel.

[21]. Ce forfait journalier n'est toutefois pas dû pour les hospitalisations de jour ou de nuit, les hospitalisations à domicile et les hospitalisations relevant d'un dispositif financier particulier (unités ou centres de long séjour publics ou privés, établissements d'hébergement pour personnes âgées, y compris ceux comportant des sections de cure médicale, établissements sociaux d'hébergement et d'aide par le travail dans lesquels l'assurance maladie n'intervient pas).

[22]. Son montant est de 10,67 € (70 francs) depuis l'arrêté du 27 décembre 1995.

[23]. Sont exonérés, en particulier, les bénéficiaires de l'assurance maternité ; les nouveaux-nés pendant 30 jours ; les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles lorsque l'hospitalisation est imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle ; les pensionnés militaires d'invalidité, quel que soit le motif de l'hospitalisation, et les enfants et adolescents handicapés hébergés dans une structure médico-éducative dispensant, à titre principal, une éducation spéciale ou professionnelle, ou dont l'hospitalisation est en rapport avec le handicap.

[24]. D'après une enquête de 1997 du CREDES et les fichiers de liquidation de la CNAMTS, il apparaît qu'environ la moitié des hospitalisés ne sont pas

exonérés de forfait journalier.

[25]. 1,75 Md€- 0,15 Md€(aide sociale et prestations assimilées) – 0,9 Md€(organismes complémentaires).

[26]. Le ticket modérateur sur les dépenses de soins à l'hôpital n'existe pas au Royaume-Uni (sauf si le patient réclame des soins plus coûteux que ceux cliniquement nécessaires), ni en Italie, Espagne, Allemagne, Suède, Canada.

[27]. En ce sens, la récente création de la CMU complémentaire a probablement entraîné une nouvelle diminution significative du nombre de patients hospitalisés ayant à subir le coût du forfait journalier.

Sommaire

