

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

SÉRIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Examen des liens entre les modes
de financement et la planification
et les modifications induites par la T2A
Rapport final

Claire BRIFFAUT, Marie-Eve MOURET, Ariane PIANA-ROGEZ
Pricewaterhousecoopers

n° 82 – novembre 2008

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

1. Objectifs et démarche globale de l'étude	5
1.1 Rappel des objectifs de l'étude.....	5
1.2 Présentation de la démarche globale retenue pour l'étude	5
2. Choix méthodologiques.....	6
2.1 Approche théorique.....	6
2.2 Approche « terrain » : monographies régionales.....	7
2.3 Approche comparative internationale sur trois pays	8
3. État des lieux de la planification sanitaire et du financement des établissements de santé : le cas français	9
3.1 État des lieux de la planification sanitaire	9
3.1.1 Approche chronologique : l'évolution de la planification sanitaire.....	9
3.1.2 Approche « conceptuelle » : la philosophie générale de la planification sanitaire	10
3.1.3 Approche législative et réglementaire : analyse des processus	13
3.2 État des lieux du financement des établissements de santé	19
3.2.1 Approche chronologique : l'évolution des modes de financement.....	19
3.2.2 Approche « conceptuelle » : la philosophie générale du mécanisme de financement T2A.....	20
3.2.3 Approche législative et réglementaire : analyse des processus	22
4. Points de convergence et de divergence : approche théorique et compléments « terrain » du cas français	28
4.1 Rappel méthodologique.....	28
4.2 Approche conceptuelle : des philosophies générales convergentes ou divergentes ?.....	29
4.3 Approche législative et réglementaire : quelle cohérence dans les processus et les rôles des acteurs ?.....	34
4.3.1 L'analyse des processus réglementaires	34
4.3.2 L'analyse des acteurs.....	49
5. Analyse des expériences étrangères	56
5.1 Présentation des systèmes de santé étudiés	57
5.1.1 Allemagne	57
5.1.2 Angleterre.....	58
5.1.3 Italie.....	59
5.1.4 Synthèse de l'historique du financement à l'activité dans les pays étudiés.....	60
5.2 Objectifs des systèmes de planification sanitaire et de financement des établissements de santé.....	60
5.3 Des pistes pour résoudre certains points de conflits entre planification sanitaire et financement des établissements de santé.....	64
5.4 Quel rôle pour la tutelle ?.....	66
6. Une période transitoire ?	68
6.1 Le manque de maturité des dispositifs	68
6.2 Le positionnement des acteurs	73
7. Conclusion	74

Annexes

- Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées
- Annexe 2 : Description schématique des processus
- Annexe 3 : Fiches acteurs
- Annexe 4 : Monographie régionale - Franche-Comté
- Annexe 5 : Monographie régionale - Languedoc- Roussillon
- Annexe 6 : Analyse des expériences étrangères
- Annexe 7 : Bibliographie

1. Objectifs et démarche globale de l'étude

1.1 Rappel des objectifs de l'étude

L'enjeu de cette étude est, selon les termes du cahier des charges, « d'examiner les liens entre les modes de financement et la planification, et ce que vient changer la T2A ».

Il s'agit d'anticiper, dans une approche théorique, « les effets que l'on peut attendre de la mise en place de la T2A sur la planification sanitaire en France », à partir :

- ✓ d'un état des lieux sur « l'évolution des logiques de régulation des modes de financement des établissements de soins en France [...] et de la planification sanitaire et de son évolution à venir »
- ✓ d'une analyse « des expériences étrangères où des configurations similaires (mécanismes de régulation de type T2A introduits dans un système d'offre planifiée de soins en établissements) ont pu être observées »

Ce modèle théorique sera ensuite complété par « deux monographies régionales, qui mettront en regard l'approche théorique et ses conclusions avec l'observation d'éléments concrets ».

1.2 Présentation de la démarche globale retenue pour l'étude

L'approche théorique est élaborée à partir :

- ✓ d'une approche « chronologique », à partir d'une analyse de l'évolution des logiques de financement et de planification (passage des SROS 1 à 2 puis 3, passage des anciens systèmes de financement, notamment la dotation globale, à la T2A),
- ✓ d'une approche « conceptuelle », à partir d'une analyse de la « philosophie générale » et des grands objectifs des logiques T2A et planification sanitaire,
- ✓ d'une approche « législative et réglementaire », à partir des textes législatifs et réglementaires encadrant le mode de financement des établissements de santé et la planification sanitaire.

Cette approche théorique permet de mettre en évidence un certain nombre de points de convergence et de divergence, à la fois dans les objectifs (ou les principes), dans les processus de mise en œuvre et dans le rôle des différents acteurs impliqués.

Les monographies régionales ont pour objectif de compléter le modèle théorique sur la base des évolutions et des jeux d'acteurs constatés sur le terrain. Cependant, les deux régions choisies n'ont pas vocation à être représentatives de l'ensemble des régions françaises. Les éléments recueillis permettent ainsi d'illustrer ou de nuancer le modèle théorique mais en aucun cas de conclure sur la réalité du conflit pressenti.

Enfin, l'analyse des expériences étrangères, réalisée à partir des principaux points de convergence et de divergence supposés transposables, identifiés dans le cadre de l'approche théorique, permet d'affiner les constats, en mettant en évidence les évolutions constatées suite à l'introduction, dans un système d'offre planifiée de soins en établissements, de mécanismes de financement à l'activité. Il ne s'agit pas d'anticiper les évolutions françaises, puisque les

systèmes de santé sont propres à chaque pays, mais de proposer des pistes en identifiant les stratégies mises en œuvre, le cas échéant, pour favoriser la convergence des logiques (exemples de « solutions pratiques mises en œuvre selon les contextes et leurs effets »).

2. Choix méthodologiques

La liste de l'ensemble des acteurs rencontrés est présentée en annexe¹ du présent document.

2.1 Approche théorique

Pour élaborer une approche théorique des « liens entre les modes de financement et la planification et des modifications induites par la tarification à l'activité », il nous a paru important d'éviter deux types d'écueils :

- ✓ Un raisonnement fondé uniquement sur l'analyse de la philosophie générale des logiques de planification et de T2A, qui aboutirait à un simple constat de convergence ou de divergence sur les principes et sur les objectifs, sans mettre en évidence ni les modalités et processus concrets de mise en œuvre, ni le rôle des différents acteurs.
- ✓ Un raisonnement fondé uniquement sur notre expérience terrain des établissements de santé, qui aboutirait à une généralisation ou une extrapolation erronée d'exemples singuliers de situations de concours ou de conflits entre les deux logiques, alors même que ces exemples ne constituent pas un échantillon représentatif des situations qui peuvent potentiellement être rencontrées.

Ainsi, afin d'éviter ces écueils, nous avons adopté, pour cette approche théorique, une méthodologie visant à fonder notre raisonnement sur une analyse des différents processus et des acteurs impliqués dans la démarche globale de planification sanitaire d'une part, et celle de financement des établissements de santé d'autre part.

Cette analyse des processus, permettant une approche « législative et réglementaire » de l'étude, s'inscrit en complément des approches « conceptuelle » (analyse de la philosophie générale) et « chronologique » décrites plus haut.

Une analyse successive et séparée de chacun des deux sujets (planification sanitaire et modes de financement) s'est imposée comme un préalable indispensable à l'identification des liens de convergence ou de divergence entre eux.

L'analyse des différents processus permet de mettre en évidence :

- ✓ Les différents niveaux (national, régional, infrarégional et local) d'implication et de décision,
- ✓ Les acteurs et leurs rôles (décisionnel, consultatif...),
- ✓ Les flux d'information entre les acteurs,
- ✓ Les nœuds de décision (ainsi que les critères théoriques de décision),

¹ Voir annexe 1.

- ✓ Les interactions entre les processus et entre les acteurs (conflit ou convergence).

L'analyse des acteurs permet quant à elle d'identifier d'éventuels points de conflits auxquels peut être confronté un même acteur (en particulier les acteurs décisionnaires sur les deux démarches : planification sanitaire et financement des établissements).

Nous avons ainsi formalisé, pour les principaux acteurs des deux processus, une fiche descriptive précisant les grands jalons de son évolution (date de création, évolutions éventuelles), sa composition, son niveau d'intervention (national, régional ou local), ses missions et son rôle décisionnaire ou consultatif dans le cadre de la planification sanitaire et/ou du financement des établissements. Ces fiches sont présentées en annexe² du présent document.

C'est sur la base de cette analyse, complétée d'une étude des objectifs et de l'évolution chronologique des logiques de planification sanitaire et de régulation du financement des établissements de santé, que des points de convergence et de divergence théoriques ont été dégagés.

2.2 Approche « terrain » : monographies régionales

Les monographies régionales ont été réalisées à l'issue de l'étude théorique et de sa validation dans le cadre d'une rencontre avec des experts.

L'objectif de ces monographies est de confronter les points de convergence et de divergence identifiés dans la démarche théorique avec le « ressenti » des acteurs locaux et de recenser les pratiques observées sur le terrain, à partir de situations concrètes.

Il a été retenu avec la DREES de travailler sur deux régions : la Franche-Comté et le Languedoc-Roussillon.

Dans chaque région, une série d'entretiens a été réalisée avec le Directeur de l'ARH et ses chargés de mission, des représentants de trois établissements de santé (généralement le directeur d'établissement, le directeur financier et le président de CME) et un représentant de l'Assurance maladie (médecin conseil du service médical régional). Les trois établissements sollicités dans le cadre de l'étude régionale présentant des formes statutaires différentes : public, privé, PSPH.

À l'issue d'entretiens individuels, un atelier de travail devait être organisé avec l'ensemble des personnes rencontrées, afin de confronter les points de vue et de parvenir à une vision partagée sur la situation et le positionnement de la région par rapport aux constats de l'étude théorique. L'atelier a bien été réalisé en Languedoc-Roussillon mais n'a pu se tenir en Franche-Comté, pour des raisons de disponibilité des interlocuteurs.

Il convient de préciser que les entretiens ont été volontairement axés, pour des raisons d'efficacité, sur les points de divergence pressentis par les acteurs sollicités.

² Voir annexe 3.

Les conclusions tirées de ces rencontres avec des acteurs locaux permettent de dresser deux tableaux de régions, qui complètent le modèle théorique en apportant un éclairage sur les écarts par rapport au modèle, avec une distinction entre des particularités locales et des pratiques généralisables.

Une présentation plus complète des informations recueillies auprès des deux régions retenues est disponible en annexe³.

2.3 Approche comparative internationale sur trois pays

Une étude comparative internationale a été menée pour analyser les évolutions constatées suite à l'introduction, dans un système d'offre planifiée de soins en établissements, de mécanismes de financement des établissements de santé fondés sur l'activité, et identifier les stratégies mises en œuvre, le cas échéant, pour favoriser la convergence des logiques.

Trois pays étrangers ont été retenus avec la DREES : l'Angleterre, l'Allemagne et l'Italie.

La réalisation de l'étude comparative a été menée avec le support des experts du réseau « Healthcare » international de PricewaterhouseCoopers. Les correspondants internationaux de chacun des pays retenus ont répondu à un questionnaire élaboré à partir des premières conclusions de l'étude théorique française.

Le questionnaire est fondé en grande partie sur une généralisation de l'approche française en termes de planification sanitaire et de mode de financement des établissements de santé (objectifs, principaux processus...). Il convient de préciser que les questions ont été volontairement axées, pour des raisons d'efficacité, sur les points de divergence pressentis.

Il a été demandé à nos correspondants étrangers de décrire leur système en adaptant l'approche aux situations observées dans leurs pays.

Les réponses mettent en évidence un certain nombre de similitudes et de différences dans les logiques. Les principales bonnes pratiques ou pistes de réflexion qu'offrent l'organisation et les dispositifs mis en place en Allemagne, Angleterre et Italie permettent d'étayer les conflits théoriques identifiés dans l'approche initiale de l'étude.

Une présentation plus complète des différents systèmes de santé ainsi que l'analyse de tous les points de conflits entre financement et planification sanitaire est disponible en annexe⁴.

³ Voir annexes 4 et 5.

⁴ Voir annexe 6.

3. État des lieux de la planification sanitaire et du financement des établissements de santé : le cas français

3.1 État des lieux de la planification sanitaire

3.1.1 Approche chronologique : l'évolution de la planification sanitaire

Avant la réforme de 2003, le dispositif de planification sanitaire reposait sur la combinaison de trois instruments principaux : le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations.

Le SROS et la carte sanitaire étaient établis pour une durée maximale de 5 ans. L'élaboration de la carte sanitaire était encadrée par des indices nationaux à l'intérieur desquels étaient arrêtés des indices régionaux tenant peu compte des spécificités régionales. Ces indices limitaient le nombre de lits ou d'équipements pouvant être autorisés.

Les autorisations étaient délivrées pour des durées différentes selon leur nature : les activités de soins (obstétrique, chirurgie spécialisée, soins de suite, ...) pour 5 ans, les équipements lourds (scanner, IRM) pour 7 ans, et les installations (lits de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de psychiatrie ou de soins de suite) pour 10 ans.

Ce dispositif complexe et relativement rigide a pu avoir des conséquences néfastes : retard de la France en matière d'équipements d'imagerie médicale ; incapacité à répondre dans de nombreuses régions à des besoins de santé compte tenu de la saturation des indices.

La première génération de SROS, élaborés par les préfets de région, a couvert la période 1994-1998. La révision des schémas, engagée en mars 1998 par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), a débouché sur les SROS dits de deuxième génération couvrant la période 1999-2004.

Les SROS 2 ont introduit un certain nombre d'évolutions :

- ✓ Une meilleure prise en compte des besoins de santé, et une articulation avec les priorités de santé publique définies au niveau régional,
- ✓ La promotion de la coordination des soins, par le biais d'une complémentarité entre les différents segments de l'offre,
- ✓ Une accélération de la recomposition du tissu hospitalier, par le biais de coopérations et de regroupements,
- ✓ Une meilleure articulation entre la stratégie et les objectifs régionaux inscrits dans les SROS d'une part, et la stratégie et les objectifs de chaque établissement, traduits dans les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) d'autre part.

Mais la planification sanitaire en France a été profondément modifiée avec l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de

santé⁵ et l'introduction des Schémas régionaux d'organisation sanitaires de troisième génération (SROS 3).

Les principaux objectifs poursuivis par les SROS 3 sont les suivants :

- ✓ Des éléments de simplification du dispositif : le SROS devient l'outil central de la régulation de l'offre de soins, la notion d'installation disparaît pour être intégrée aux activités de soins et les calendriers sont harmonisés (toutes les autorisations sont ramenées à 5 ans, conformément à la durée d'un SROS),
- ✓ Des objectifs quantifiés de l'offre de soins et des autorisations qui portent désormais sur des activités de soins (mesurées en séjours lorsque l'activité le permet) et non plus sur des lits et places, à partir des données du PMSI,
- ✓ Des instances consultatives régionales élargies à l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les professionnels de santé libéraux, les élus et les usagers,
- ✓ Une meilleure prise en compte d'une part, des priorités régionales définies dans le cadre des Plans Régionaux de Santé Publique (PRSP), d'autre part, des priorités nationales inscrites dans les plans de santé publique (Plan Cancer...) et les différents plans relatifs à l'offre de soins (Plan urgences, Plan de développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)...),
- ✓ Le renforcement du passage d'une logique d'offre à une logique de prise en compte des besoins, l'élaboration des SROS 3 étant fondée sur une évaluation préalable des besoins de santé,
- ✓ Une identification de territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions),
- ✓ Des projets médicaux de territoire élaborés et animés par l'ensemble des acteurs du territoire, permettant de préciser les actions à mettre en œuvre au niveau de chaque territoire pour couvrir les besoins de santé,
- ✓ Des coopérations entre acteurs facilitées (notamment pour les plateaux techniques), afin d'assurer la couverture des besoins des populations, de garantir la qualité des soins et de maintenir un accès aux soins dans certains territoires,
- ✓ Un renforcement du rôle des ARH, notamment du fait de la déconcentration de la compétence ministérielle pour autoriser les activités et équipements matériels lourds.

3.1.2 Approche « conceptuelle » : la philosophie générale de la planification sanitaire

La planification sanitaire correspond à une mission des pouvoirs publics, qui s'efforcent de garantir une égalité d'accès aux soins et une qualité des soins homogène à la population.

Elle vise à répartir les activités et les équipements sur le territoire, et à prévoir et susciter les évolutions et les adaptations nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de soins et de garantir l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des soins.

Pour ce faire, le SROS constitue l'outil privilégié pour organiser l'offre de soins au niveau régional à un horizon de 5 ans, selon les principes suivants :

⁵ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

- ✓ Répondre aux besoins de santé de la population,
- ✓ Maintenir ou développer des activités de proximité, en définissant, pour chaque activité de soins, le bon niveau de prise en charge,
- ✓ Mettre en place une organisation graduée des plateaux techniques, afin de garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge⁶,
- ✓ Prendre en compte les objectifs de santé publique tels que définis dans les Plans régionaux de santé publique,
- ✓ Favoriser les complémentarités et les coopérations entre les établissements.

La démarche de planification sanitaire nécessite un engagement de l'ensemble des acteurs régionaux de l'offre de soins (en particulier les établissements de santé) sur des objectifs partagés dans le cadre des SROS (les objectifs quantifiés de l'offre de soins – OQOS), puis la déclinaison de ces objectifs au niveau de chaque établissement de santé dans le cadre des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

La démarche de planification sanitaire pose cependant un certain nombre de questions.

- ✓ La faisabilité de l'évaluation des besoins de santé.

Les SROS 3 introduisent une méthodologie d'évaluation des besoins de santé reposant sur :

- Un diagnostic établi selon 2 axes :
 - Le recours aux soins par pathologie (vision des besoins auxquels répond l'offre actuelle), mesuré à partir du PMSI.
 - Une approche des besoins de santé (vision des besoins à couvrir), prenant en compte :
 - L'état de santé de la population, à partir de données nationales (causes de décès, maladies longues durée, incidence des cancers...) et de données régionales complémentaires (enquêtes épidémiologiques, registres),
 - Les facteurs liés à l'offre de soins : démographie médicale, réseaux...
 - Les facteurs sociaux.
- Une dimension prospective, prenant en compte des facteurs démographiques, des facteurs épidémiologiques et des facteurs liés aux pratiques de soins et aux évolutions techniques.

Dans un rapport de 2004 relatif à l'évaluation des besoins de santé⁷, la DHOS exposait également une série de méthodes permettant d'évaluer les besoins de santé.

Ces méthodes, qu'il s'agisse de celle prévue dans les SROS ou celles exposées dans le rapport de la DHOS, si elles semblent élaborées et pertinentes, sont cependant difficiles à mettre en œuvre étant donnée l'étendue des connaissances qu'elles impliquent, en particulier pour l'analyse des besoins à couvrir, au-delà des seuls besoins satisfaits. Dans la conclusion de son rapport, la DHOS considère par ailleurs que seule la combinaison de plusieurs méthodes

⁶ Toute la gamme des plateaux techniques ne peut être systématiquement présente sur chaque territoire.

⁷ Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé, Louis Lebrun et Candice Castellat, DHOS Sous-direction de l'organisation du système de soins, mai 2004.

d'évaluation permet d'obtenir des indicateurs qui à la fois approchent les besoins réels de la population et soient utilisables de façon pragmatique pour répartir l'offre de soins.

Dans les faits, il semble que l'évaluation des besoins de santé se limite à une analyse de la consommation de soins (vision des besoins auxquels répond l'offre actuelle), ajustée d'un certain nombre de facteurs démographiques. C'est ce que les monographies régionales ont globalement mis en évidence.

Il convient par ailleurs de noter le travail récent de l'URCAM Rhône-Alpes d'élaboration d'une méthode qui permet d'évaluer les besoins de soins à partir d'une combinaison d'indicateurs au niveau cantonal (l'âge, la morbidité via les affections de longue durée, la mortalité et la précarité à travers la couverture maladie universelle complémentaire).

Cette méthode a été validée par l'Assurance maladie au niveau national et appliquée à différentes régions⁸ (dont le Languedoc-Roussillon). L'enjeu est de permettre à l'Assurance maladie d'avoir une position unique et transparente sur les besoins de soins et de comparer les régions entre elles.

Il est intéressant de noter que l'Allemagne et l'Angleterre proposent des méthodes d'évaluation des besoins fondées sur des formules statistiques et mathématiques qui lui donnent un caractère « scientifique ».

Ainsi, en Allemagne, les besoins sont évalués selon la formule de Hill-Burton ou « formule du besoin en lits ». Le besoin en lits (B) d'un secteur de prise en charge donné est arrêté selon la formule suivante : $B = (RE \times H \times DS) / (365 \times OL)$, où DS = durée moyenne de séjour ; H = nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants (taux d'hospitalisation) ; RE = résidents de la région desservie ; OL = occupation moyenne des lits.

La principale limite de cette méthode est qu'elle ne prend pas en compte de données épidémiologiques relatives à la population concernée.

En Angleterre, l'évaluation concerne non pas les besoins en lits mais en ressources au niveau des PCTs (unités locales). Le besoin en ressources est évalué selon une formule de calcul dite de « Weighted Capitation », revue régulièrement et réajustée annuellement par un bureau national du Ministère de la Santé, le « Resource Allocation Monitoring and Analysis. Pour les soins MCO, la formule prend en compte : un index de privation multiple concernant le domaine éducatif, un index de privation multiple concernant les revenus, la proportion de plus de 75 ans vivant seuls, la proportion de nouveau-nés hypotrophes, le taux de natalité, le taux comparatif de mortalité avant 75 ans, un index de morbidité neurologique, un index de morbidité cardio-vasculaire et un index de morbidité musculo-squelettique.

La principale limite de cette méthode est qu'elle est fondée sur le postulat que l'offre actuelle (la consommation de soins) est globalement adaptée aux besoins.

Dans tous les cas, nous ne sommes pas en mesure de vérifier comment ces méthodes sont appliquées sur le terrain dans les pays concernés.

⁸ Les besoins de soins en France, Méthodes et résultats 2005, étude nationale URCAM, janvier 2007.

✓ Les moteurs de la planification sanitaire

L'objectif principal de la planification sanitaire, qui est d'organiser la réponse aux besoins de santé de la population, est fortement contraint d'une part par les évolutions de la démographie médicale et soignante, d'autre part par les enjeux de sécurité sanitaire.

L'enjeu est d'optimiser l'offre de soins en tenant compte des contraintes sur le terrain, avec des situations d'établissements isolés ne répondant pas entièrement aux exigences de qualité ou de permanence des soins (du fait d'un manque de personnel ou d'un manque de pratiques) mais pour lesquelles des besoins de proximité et d'accès aux soins sur le territoire prévalent.

✓ Les limites d'une vision hospitalo-centrée

La planification sanitaire, dans sa forme actuelle, est centrée sur l'offre de soins hospitaliers, même si les SROS prennent en compte :

- d'une part les orientations de la Mission régionale de santé relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux,
- d'autre part le diagnostic partagé ARH-URCAM sur le recours aux soins ambulatoires et hospitaliers en articulation avec le dispositif de prise en charge médico-sociale.

La séparation actuelle des responsabilités en fonction des différents secteurs (soins hospitaliers, soins de ville, prévention, secteur médico-social...) empêche l'émergence d'une vision globale sur les besoins de santé. C'est tout l'enjeu de la création des Agences Régionales de Santé (ARS).

Le sénateur Larcher, dans son rapport sur les missions de l'hôpital⁹, regrette d'ailleurs que la « *recomposition de l'offre de soins n'[ait] été que partielle* », malgré les réformes successives de la planification sanitaire, du fait notamment des limites évoquées ci-dessus. Il recommande une « *clarification de la doctrine pour l'organisation des soins hospitaliers* », qui doit davantage tenir compte « *des besoins de la population [et] des exigences de qualité* ».

3.1.3 Approche législative et réglementaire : analyse des processus

L'analyse de la planification sanitaire dans le système français passe par la compréhension du fonctionnement de l'existant, et de l'articulation des différents acteurs autour des différents processus de la planification sanitaire, à partir d'une étude des textes en vigueur¹⁰.

Aussi, afin d'atteindre cet objectif de compréhension et de formalisation de l'existant, les cartographies du macro-processus de la planification sanitaire et des processus détaillés sont introduits puis présentés ci-après.

⁹ Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008.

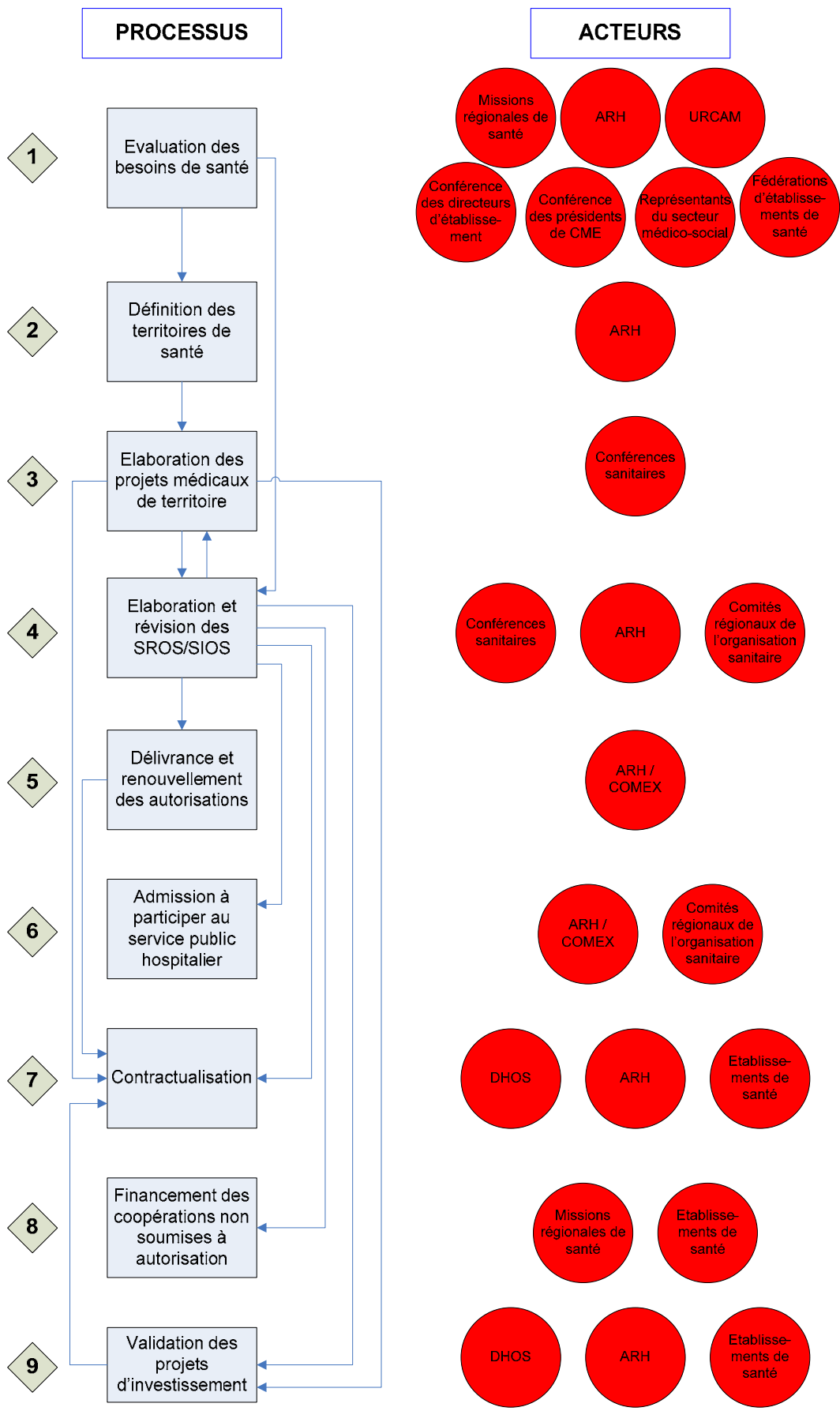
¹⁰ Nous avons volontairement exclu de notre analyse les champs médico-social et social, dans la mesure où ceux-ci font l'objet de circuits de financement spécifiques (hors financement T2A et forfaitaire).

Il nous paraît important de préciser que de telles cartographies ne sont pas disponibles dans la littérature existante et ont la vertu de formaliser les schémas organisationnels et les interactions entre les acteurs impliqués.

La démarche de planification sanitaire peut être décomposée en 9 processus, qui s'enchaînent pour certains de façon linéaire :

1. L'évaluation des besoins de santé,
2. La définition des territoires de santé,
3. L'élaboration des projets médicaux de territoire,
4. L'élaboration et la révision des SROS (ou des SIOS),
5. La délivrance et le renouvellement des autorisations,
6. La contractualisation,
7. L'admission à participer au service public hospitalier,
8. Le financement des coopérations non soumises à autorisation,
9. La validation des projets d'investissement.

La démarche de la planification sanitaire telle que décrite ci-dessus peut-être représentée par le macro-processus suivant.



Nous présentons ci-après, de manière synthétique, l'objectif et les acteurs clés de chaque processus, ainsi que les liens entre les différents processus. Les cartographies des processus détaillés introduits ci-dessous sont présentées en annexe¹¹.

1. L'évaluation des besoins de santé

L'évaluation des besoins de santé est une étape fondatrice de la démarche de planification sanitaire. Elle permet, à partir d'une analyse des recours aux soins par pathologie (soit la vision des besoins auxquels répond l'offre actuelle), de l'état de santé de la population et d'éléments prospectifs (démographiques notamment), d'évaluer les besoins de santé à 5 ans de la population. Cette analyse permet ensuite d'aboutir à un diagnostic partagé sur les forces et faiblesses de l'offre de soins existante au regard des besoins de santé identifiés.

Ce processus est décrit au niveau national et régional et aboutit à des documents d'orientation sur les besoins de santé au niveau régional.

Il convient de noter que cette étape s'appuie sur une démarche participative impliquant l'ensemble des acteurs de santé au niveau régional.

Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, cette méthode d'évaluation est assez très théorique et ne semble pas être appliquée de façon aussi « scientifique » sur le terrain.

En termes d'interaction avec les autres processus, l'évaluation des besoins de santé alimente deux processus : l'élaboration des projets médicaux de territoire (3) et l'élaboration et la révision des SROS (4).

2. La définition des territoires de santé

L'élaboration des projets médicaux de territoire (3) repose sur la définition préalable des limites des différents territoires de santé par l'ARH, dans le respect des orientations méthodologiques fournies par la DHOS, par le biais de circulaires et de guides (guide méthodologique du CREDES pour la définition des territoires).

3. L'élaboration des projets médicaux de territoire

L'acteur principal de ce processus est la conférence sanitaire, instance regroupant des professionnels de santé, des établissements de santé, des élus locaux et des usagers, au niveau territorial (selon les limites des territoires définis préalablement).

Les projets médicaux de territoire alimentent deux processus : l'élaboration et la révision des SROS (4) et la contractualisation (7).

Il convient de noter les liens réciproques entre l'élaboration des projets médicaux de territoire (3) et l'élaboration et la révision des SROS (4) : en effet, les projets médicaux de territoire sont également révisés à l'issue du processus d'élaboration des SROS (4).

¹¹ Voir annexe 2.

4. L'élaboration et la révision des SROS (ou des SIOS)

L'élaboration des SROS ou des SIOS (Schémas Interrégionaux d'Organisation Sanitaire, élaborés entre les ARH de plusieurs régions, dans le cas d'activités spécifiques) est sous la responsabilité des ARH, sur la base de l'évaluation des besoins de santé, des propositions formulées par les conférences sanitaires, et après avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire, composés de professionnels de santé, de collectivités territoriales, d'usagers et de représentants de l'Assurance maladie au niveau régional.

Les SROS et les SIOS constituent un processus pivot dans la démarche de planification sanitaire. En effet, ils alimentent six processus : l'élaboration des projets médicaux de territoire (3), la délivrance et le renouvellement des autorisations (5), l'admission à participer au service public hospitalier (6), la contractualisation (7), le financement des coopérations non soumises à autorisation (8) et la validation des projets d'investissement (9).

5. La délivrance et le renouvellement des autorisations

Ce processus couvre deux sous-processus : d'une part la délivrance d'une première autorisation, et d'autre part le renouvellement de l'autorisation. L'ARH (dans le cadre de sa Commission Exécutive) est l'acteur décisionnaire en matière d'autorisations. Pour les activités relevant d'un SIOS, l'avis des ARH et des Comités régionaux de l'organisation sanitaire de l'inter-région est sollicité.

La délivrance des autorisations s'inscrit en continuité et en cohérence avec le processus d'élaboration des SROS (4), dans la mesure où le respect des directives du schéma régional est le principal critère de décision de l'ARH. Le renouvellement des autorisations s'inscrit de plus en continuité du processus de contractualisation (7), puisque la décision de renouvellement s'appuie notamment sur les résultats des rapports périodiques sur l'exécution des CPOM.

6. L'admission à participer au service public hospitalier

Ce processus est spécifique aux établissements de santé privés souhaitant être admis à participer au service public hospitalier.

L'ARH (dans le cadre de sa Commission Exécutive) est l'acteur décisionnaire, après avis du Comité régional de l'organisation sanitaire. Pour les activités relevant d'un SIOS, l'avis des ARH et des Comités régionaux de l'organisation sanitaire de l'inter-région est sollicité.

L'admission à participer au service public hospitalier s'inscrit en continuité et en cohérence avec le processus d'élaboration des SROS, dans la mesure où le respect des SROS et la recherche de complémentarité avec les établissements assurant le service public hospitalier dans la région sont les principaux critères de décision de l'ARH.

7. La contractualisation

Le processus de contractualisation intervient à deux niveaux :

- ✓ d'une part entre l'État et les ARH, par le biais de contrats d'objectifs, qui définissent des axes pour l'action des ARH (amélioration de l'organisation des soins et de la prise en charge des patients, optimisation de la gestion des ressources, optimisation de l'offre de soins par la recomposition hospitalière et les complémentarités ville / hôpital, développement et fiabilisation des systèmes de veille, d'information et de pilotage),
- ✓ d'autre part entre les ARH et les établissements de santé, par le biais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM, qui déclinent les orientations du SROS et définissent précisément les engagements de l'établissement en termes d'activité et de coopérations (notamment avec la définition d'objectifs quantifiés de l'offre de soins – OQOS).

La contractualisation entre les ARH et les établissements s'inscrit en continuité et en cohérence avec les processus d'élaboration des projets médicaux de territoire (3) et d'élaboration des SROS (4).

L'ARH est l'acteur clé de ce processus.

Ce processus comprend également l'évaluation et le suivi des contrats, au moyen d'indicateurs et de tableaux de bord, et de rapports périodiques sur l'exécution des contrats.

8. Le financement des coopérations non soumises à autorisation

Ce processus correspond au financement des coopérations de type : réseaux de santé, maisons médicales de garde (dispositifs liés à la permanence des soins) et maisons de santé pluridisciplinaires (dispositifs visant à apporter une réponse aux difficultés liées à la démographie médicale).

Il comprend deux sous-processus : l'élaboration de la première convention de financement et le renouvellement du financement.

Les acteurs principaux sont les Missions régionales de santé (MRS), qui sont décisionnaires, et le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui finance les coopérations.

Le développement de ces coopérations s'inscrit pleinement dans les objectifs de la planification sanitaire ; ce processus est donc en continuité et en cohérence avec les processus d'élaboration des projets médicaux de territoire (3) et d'élaboration des SROS (4).

9. La validation des projets d'investissements

Ce processus correspond à l'inscription, par l'ARH, des projets d'investissement proposés par les établissements de santé au Plan régional d'investissement hospitalier, principalement dans le cadre du volet investissement du Plan Hôpital 2012. Ces projets d'investissement sont

ensuite soumis à une validation au niveau national par la DHOS et la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MainH).

Les projets validés au niveau national font ensuite l'objet d'un financement par l'ARH (dans le cadre des MIGAC ou de la DAF, pour compenser les surcoûts liés à l'emprunt ou aux montages juridiques) ou par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

La validation des projets d'investissement s'inscrit en continuité et en cohérence avec les processus d'élaboration des projets médicaux de territoire (3) et d'élaboration des SROS (4). Par ailleurs, il alimente le processus de contractualisation (7) puisque le financement donne lieu à un avenant au CPOM.

3.2 État des lieux du financement des établissements de santé

3.2.1 Approche chronologique : l'évolution des modes de financement

La tarification à l'activité ou T2A, instaurée à partir du 1^{er} janvier 2004, est une mesure importante du « Plan hôpital 2007 ».

Avant son adoption, deux systèmes de financement cohabitaient au sein du secteur hospitalier français : un système de dotation globale pour les hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH), et un système binaire, mêlant tarification à la journée et forfaits liés aux actes médicaux réalisés, pour les cliniques privées (système OQN : Objectif Quantifié National).

Dans un premier temps, le système de dotation globale s'est révélé efficace en permettant la maîtrise des dépenses hospitalières. Cependant, un consensus est apparu sur l'idée que ces deux systèmes généraient des « effets pervers » :

- ✓ La dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduisait soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives,
- ✓ Le niveau des forfaits pour le secteur privé variait sur l'ensemble du territoire et pouvait aboutir de ce fait, également, à la constitution de rentes ou à des sous-financements pour certaines activités.

De plus, les deux systèmes n'étaient ni comparables, ni compatibles et freinaient en conséquence les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier¹².

Le financement à l'activité des activités MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), y compris les activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile (HAD), s'est effectué progressivement pour le secteur hospitalier.

¹² Source : site du Ministère de la Santé, dossier « Plan Hôpital 2007 » - <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/>

Pour les établissements anciennement sous dotation globale, la montée en charge progressive de la réforme a consisté jusqu'en 2007 à faire augmenter peu à peu la part du financement des établissements relevant directement de l'activité MCO : 10 % en 2004, 25 % pour 2005 ; 35 % en 2006, 50 % en 2007.

La loi de financement de Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 prévoit que le taux passe à 100 % dès 2008 et que la montée en charge se poursuive au travers de coefficients de transition. Ce coefficient serait calculé chaque année pour chaque établissement ; il vise à harmoniser de manière progressive les ressources qui leur sont allouées.

Les coefficients de transition sont la modalité de montée en charge progressive de la réforme retenue dès la mise en place de la T2A pour les établissements sous OQN dans la réforme, soit le 1^{er} mars 2005.

Les hôpitaux locaux, les hôpitaux militaires et les centres hospitaliers de Guyane, de Mayotte et de Saint-Pierre et Miquelon sont les seuls établissements pratiquant une activité de MCO, mais temporairement maintenus en dehors du champ de la réforme.

Les activités non concernées par la réforme, relative aux Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et à la Psychiatrie, demeurent pour l'instant financées selon leur ancien mode de financement. Des réflexions sont en cours pour une amélioration du PMSI-SSR et pour la généralisation du modèle de Valorisation des activités en psychiatrie (VAP). Ces réflexions devraient permettre dans les années à venir des expérimentations d'un système du type T2A pour ces activités.

3.2.2 Approche « conceptuelle » : la philosophie générale du mécanisme de financement T2A

LES FONDEMENTS THÉORIQUES DE LA T2A

Les fondements théoriques de la T2A reposent sur deux principes, eux-mêmes basés sur des modèles économiques de régulation par le marché¹³ :

- ✓ Le principe de paiement prospectif

Par opposition au principe du paiement rétrospectif, fondé sur un remboursement *a posteriori* des coûts réellement engagés au sein d'un établissement de santé, le paiement prospectif incite les établissements de santé à contrôler l'utilisation des facteurs de production : la déconnexion entre le niveau de prix (connu ex-ante) et le niveau de coût rend simultanément le producteur bénéficiaire de son effort (lui laissant la possibilité de dégager des marges de productivité) et responsable de toute variation exogène du coût (lui faisant supporter le risque financier lié aux aléas de production).

¹³ La présentation de ces fondements théoriques est tirée de l'article « Économie de la santé : avancées théoriques et opérationnelles », de Sandrine Chambaretaud (Commissariat général du plan) et Laurence Hartmann (Service d'Epidémiologie et de Santé publique, Université de Lille 2 – Institut D'Économie Publique), publié dans la Revue de l'OCDE, octobre 2004.

Ce principe pose cependant la question de la marge de manœuvre et de l'autonomie des établissements, et peut induire un certain nombre d'effets négatifs comme le risque de sélection des patients et de baisse de la qualité.

✓ Le principe de concurrence par comparaison

En admettant que le paiement prospectif (avec un prix fixé ex ante) est avantageux, la question se pose de savoir comment déterminer ce prix. La T2A repose sur le principe de « concurrence par comparaison » (« yardstick competition »), théorisé par Scheifer en 1985 (pour justifier *a posteriori* le programme social américain Medicare). Il s'agit d'un mécanisme de régulation qui tient compte des caractéristiques des autres acteurs afin d'instaurer une « concurrence fictive » sur la base de prix fixes, ces prix étant déterminés sur la base d'une moyenne des coûts annoncés par l'ensemble des acteurs. Le modèle repose sur la thèse suivante : si *n* organisations sont présentes sur un marché donné, à chacune de ces organisations correspond un prix fixe, calculé comme la moyenne des coûts annoncés par les autres ; à l'équilibre, ce prix sera le même pour l'ensemble des organisations présentes sur ce marché et soumises à cette régulation. Ainsi, l'effort de réduction des coûts tendra à se normaliser pour chacune des organisations.

Ce modèle s'applique en particulier pour des entreprises similaires mais en situation de monopole spatial (chaque entreprise desservant une zone géographique donnée sur laquelle il n'existe pas de concurrence), où l'analyse traditionnelle de la concurrence est peu pertinente ; c'est le cas du marché hospitalier.

Le principe de la concurrence par comparaison pose cependant la question de la disponibilité et de l'exactitude de l'information sur les coûts. Il pose également la question de la capacité du régulateur à décomposer le coût observé : un coût élevé est-il dû à un manque d'effort de gestion (organisation inefficente...) ou à des conditions de production défavorables sur lesquelles le gestionnaire ne peut rien (caractéristiques de la population, statuts du personnel...)?

LES OBJECTIFS DE LA RÉFORME DE LA T2A

La mise en place de la T2A correspond à la volonté « d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs » afin de « libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation »¹⁴.

Les bénéfices attendus de la mise en place de la T2A sont de plusieurs ordres :

- ✓ Une harmonisation du mode de financement hospitalier.
- ✓ Une plus grande « médicalisation » du financement : en liant l'allocation des ressources à la nature et au volume des activités réalisées, ce nouveau mode de financement prend davantage en compte l'activité médicale et le service rendu.
- ✓ Une dynamisation des structures de soins en particulier publiques : le lien que cette tarification permet d'établir entre les recettes des établissements et le niveau réel de leur activité permet une meilleure responsabilisation des acteurs et crée une incitation à

¹⁴ Discours de Jean-François Mattéi, 20 novembre 2002, source : site du ministère de la Santé, dossier « Plan Hôpital 2007 » - <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/> .

s'adapter (ajustements des moyens à l'activité réalisée, recherche de productivité, restructurations et réorganisations...).

- ✓ Une équité de traitement entre les secteurs privé et public : le nouveau mode de financement promeut une rémunération des activités fondée sur des critères médicaux communs partagés par les secteurs hospitaliers public et privé avec, en perspective, l'harmonisation des tarifs entre les deux secteurs.

Par ailleurs, l'une des conséquences du déploiement et de la montée en charge d'un mode de financement à l'activité est le nécessaire besoin d'outils de pilotage médico-économique des établissements de santé publics et privés.

En effet, l'instauration du PMSI au début des années 90 a permis une meilleure connaissance de l'activité produite par les hospitaliers au travers d'une description fine et homogène des productions des services de soins. L'utilisation des résultats du PMSI à des fins analytiques a notamment été rendue possible par la mise en corrélation des données d'activité avec les données de coûts : des outils type TCCM (Tableau des Coûts Case-Mix) ont ainsi pu être développés.

La T2A incite les hospitaliers à une gestion au plus fin de leur budget et des ressources mobilisées pour la production de leurs activités : ce mode de financement permet ainsi le développement d'outils de pilotage médico-économique corrélant les données de coûts avec les recettes budgétaires au niveau établissement et au niveau des unités cliniques.

3.2.3 Approche législative et réglementaire : analyse des processus

La réforme de la T2A organise un financement composé :

- ✓ de tarifs de séjours : les GHS publics et privés, n'intégrant pas les honoraires des médecins libéraux,
- ✓ de forfaits journaliers pour l'hospitalisation à domicile (HAD),
- ✓ et de financements spécifiques si nécessaire : activités rémunérées au forfait (Urgences, prélèvements d'organes), consultations et actes externes, suppléments journaliers, dispositifs médicaux implantables, médicaments onéreux.

En outre, des enveloppes de financement ou dotations perdurent au travers :

- ✓ des enveloppes relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dont les missions d'enseignement, recherche, référence et innovation (MERRI). Ces dotations sont destinées à couvrir les efforts des établissements en matière de missions d'intérêt général, de mise en place de dispositifs de contractualisation, de prise en charge de fonctions de recherche et d'enseignement,
- ✓ et la dotation annuelle de financement (DAF) destinée à financer les activités exclues du champ de la T2A (psychiatrie, SSR par exemple).

En complément des mécanismes de financement à l'activité en tant que telle, de nombreux changements impactent la gestion de l'information hospitalière relative à l'activité et aux finances. Dans ce contexte, nous avons choisi de dépasser l'analyse des mécanismes de

régulation nationale et régionale (définition des enveloppes, fixation des tarifs et des coefficients, etc.) pour nous intéresser par ailleurs :

- ✓ aux processus de campagne budgétaire des établissements,
- ✓ aux situations et schémas décisionnels dans un contexte d'élaboration d'un plan de redressement,
- ✓ et aux processus de contrôle de l'information financière et d'activité produite par les établissements et transmise au niveau régional.

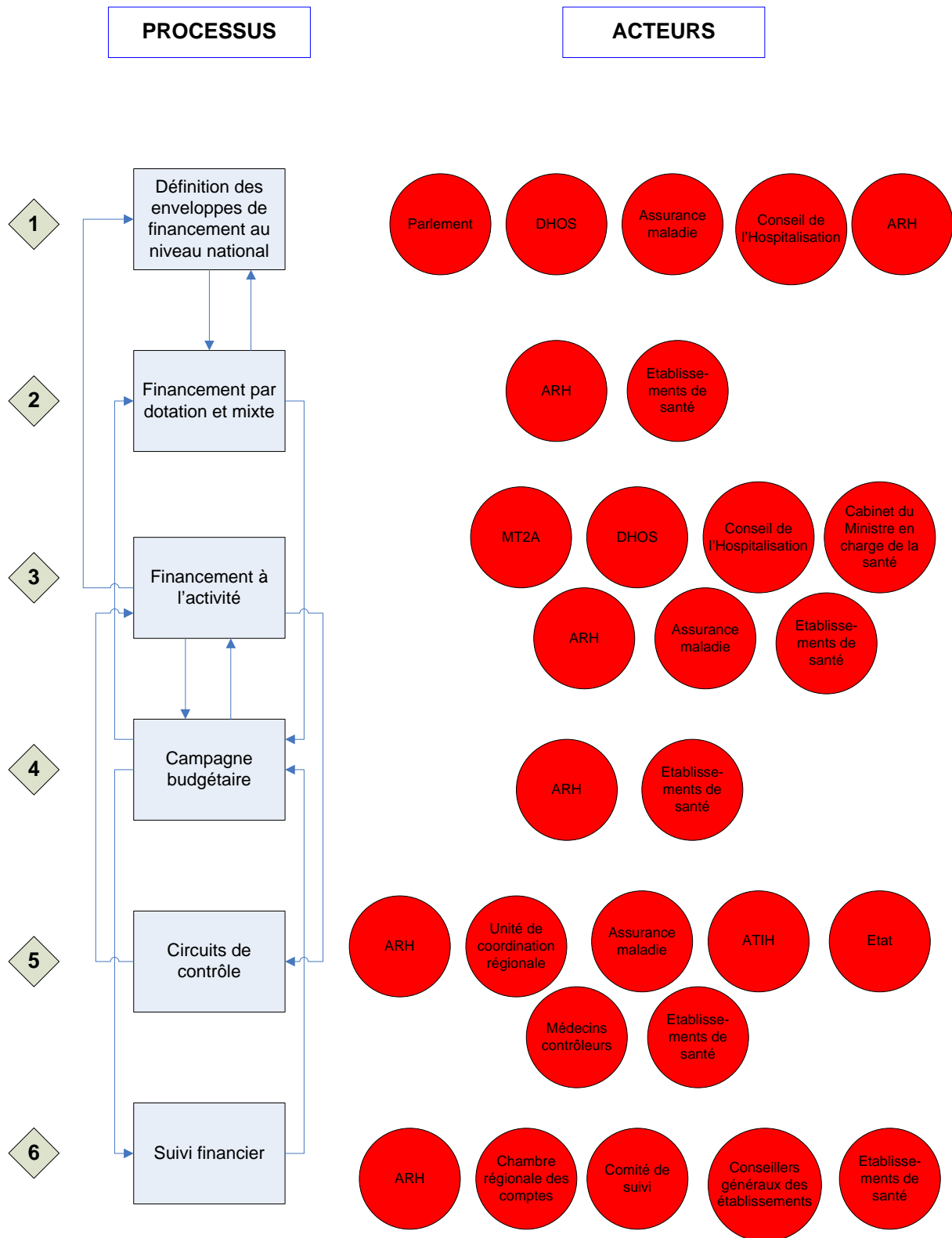
Nous avons ainsi identifié plusieurs processus interdépendants que nous vous proposons de décrire dans la suite de ce document, en mettant en évidence leur finalité et les acteurs qu'ils impliquent.

Il nous paraît important de rappeler que de telles cartographies ne sont pas disponibles dans la littérature existante et ont la vertu de formaliser les schémas organisationnels et les interactions entre les acteurs impliqués.

Ainsi, la démarche de régulation financière des établissements de santé peut être décomposée en 6 processus, qui interagissent comme présenté ci-après :

1. La définition des enveloppes de financement au niveau national,
2. Le financement par dotation et mixte,
3. Le financement à l'activité,
4. La campagne budgétaire,
5. Les circuits de contrôle,
6. Le suivi financier.

Les différents processus introduits ci-dessus interagissent dans un macro-processus global qui peut être schématisé de la façon suivante :



Nous présentons ci-après, de manière synthétique, l'objectif et les acteurs clés de chaque processus, ainsi que les liens entre les différents processus. Les cartographies des processus détaillés introduits ci-dessous sont présentées en annexe¹⁵.

1. La définition des enveloppes de financement au niveau national

La définition des enveloppes de financement au niveau national est la clé d'entrée de la démarche de régulation financière des établissements de santé.

En effet, c'est à ce stade que sont définies avec précision l'ensemble des éléments relatifs à la mise en œuvre opérationnelle et concrète du dispositif de financement des établissements de santé pour une année donnée.

Les enveloppes de financement définies au niveau national sont déclinées au niveau régional. Ainsi, les ARH ont la responsabilité de la répartition au sein de leur région des enveloppes forfaitaires type MIGAC et DAF. Les ARH se positionnent ainsi comme un acteur clé de la mise en œuvre des dispositifs de financement dans leur rôle d'interface entre le niveau national et le niveau local.

En termes d'interactions avec les autres processus, la définition des enveloppes de financement au niveau national est impliquée dans une relation réciproque avec les deux processus suivants : financement par dotation et mixte (2) et financement à l'activité (3).

2. Le financement par dotation et mixte

La MIGAC

La réforme de financement des établissements de santé prévoit que certaines missions n'ont pas vocation à être financées à l'activité car leurs ressources ne doivent pas être soumises aux variations de l'activité réalisée.

Ainsi, des ressources spécifiques permettent de financer des Missions d'Intérêt Général (MIG), en particulier l'enseignement et la recherche, l'innovation et le rôle de recours.

D'autre part, une Aide à la Contractualisation (AC) est destinée à accompagner la démarche de contractualisation entre les établissements de santé publics et privés, et les ARH.

La réforme de la T2A prévoit donc la construction d'une enveloppe forfaitaire « MIGAC » regroupant ces deux types de ressources spécifiques afin de répondre à ce double objectif.

Les dispositifs de financement mixte

Par ailleurs, certaines activités sont financées dans un modèle de financement mixte : à savoir une enveloppe forfaitaire et un tarif par prestation.

¹⁵ Voir annexe 2.

Les activités d'urgence, de prélèvement d'organes et de transplantations d'organes sont notamment concernées par ces modèles de financement mixte. En effet, elles mobilisent des infrastructures fixes de l'établissement et la rémunération sur la seule base de tarifs de prestations n'est pas adaptée.

Ainsi, elles bénéficient d'un double financement composé d'un tarif de prestation et d'un forfait annuel visant à couvrir tout ou partie des charges fixes.

La dotation annuelle de financement

Enfin certaines activités restent financées par le biais d'enveloppes forfaitaires, correspondant à un mode de financement résiduel calqué sur l'ancien système de dotation globale.

La Dotation annuelle de financement (DAF) finance les activités hospitalières de psychiatrie et de soins de suite et réadaptation des établissements ex DG, qui ne sont pas encore soumises à un financement à l'activité et restent financés par une enveloppe globale déclinée localement par les ARH. Les hôpitaux locaux sont également financés par la DAF.

La cartographie du processus de financement par dotation et mixte décrit les rôles et interactions entre les acteurs pour la détermination et la mise en œuvre de ces dispositifs qui ne sont pas directement indexés sur l'activité.

Ce processus de financement par dotation et mixte est en interaction réciproque avec le processus amont de définition des enveloppes de financement au niveau national (1) et le processus aval de la campagne budgétaire (4).

3. Le financement à l'activité

Désormais au cœur du financement des établissements publics et privés, le financement à l'activité est un processus central dans la régulation financière, basé sur le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

À noter que depuis le 1^{er} mars 2005 et la mise en place de la T2A au sein des cliniques pratiquant le MCO, l'OQN concerne uniquement les activités de SSR et de psychiatrie des cliniques. Ces établissements sont ainsi essentiellement payés à l'acte.

On peut distinguer deux principaux sous-processus :

- ✓ La fixation des tarifs au niveau national, qui met en jeu la DHOS, la MT2A et l'ATIH ainsi que le Conseil de l'Hospitalisation, avec un arbitrage final par le Cabinet du Ministre en charge de la santé, et qui aboutit à la définition des tarifs suivants :
 - Tarifs des forfaits GHS et des suppléments « extrême haut ».
 - Tarifs des suppléments journaliers.
 - Tarifs des forfaits « groupes homogènes de tarifs ».
 - Tarifs des forfaits de « dialyse à domicile et auto-dialyse », et tarifs des forfaits de dialyse en centre.
 - Tarifs des forfaits de prélèvements d'organes « PO ».
 - Tarif du supplément « indemnité compensatrice à tierce personne ».

- Tarif du forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU).
 - Tarif du forfait « forfait de petit matériel » (FFM).
 - Montants des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE).
 - Montants des forfaits annuels urgence (FAU).
 - Montants des forfaits annuels « coordination des prélèvements d'organes » (CPO).
 - Montants des forfaits annuels « transplantation d'organes et de greffe de cellules souches hématopoïétiques » (FAG).
- ✓ Le financement des établissements à proprement parler, fondé sur la déclaration d'activité des établissements de santé à leur tutelle.

Le processus de financement à l'activité découle du processus amont de définition des enveloppes de financement au niveau national (1). Il est également en interaction réciproque avec le processus de campagne budgétaire (4) et le processus de circuit de contrôle (5).

4. La campagne budgétaire

La campagne budgétaire implique les relations entre les établissements et leur tutelle directe. Elle matérialise le cœur du pilotage médico-économique de l'ARH sur les établissements de son territoire.

En effet, les mécanismes de la campagne budgétaire considèrent des éléments de documentation tant sur le financement d'exploitation que sur les prévisions liées aux projets d'investissement. En cela, ils sont en interaction avec un certain nombre de processus décrits ci-dessus dans les mécanismes de planification sanitaire.

Le processus de campagne budgétaire est en interaction avec le processus amont de financement par dotation et mixte (2). Il est également prescripteur sur les circuits de contrôle (5). Enfin, il est en interaction réciproque avec le suivi financier (6).

5. Les circuits de contrôle

Dans le cadre du nouveau mode de financement des établissements de santé, les circuits de contrôle visent à s'assurer de la cohérence et de la vraisemblance des informations déclaratives fournies par les établissements de santé.

Les informations médico-administratives produites dans le cadre du PMSI (et utilisées pour la T2A) sont au cœur des circuits de contrôle car ils permettent la constitution de bases de données régionales et nationales sur l'hospitalisation en soins de courte durée, à partir desquelles sont effectués des tests de contrôle a posteriori.

Les circuits de contrôle s'articulent au travers : d'un contrôle a priori, d'un contrôle a posteriori, éventuellement complété par le déclenchement de contrôles sur site.

Le contrôle a priori

Mené par l'Assurance maladie, avant paiement, il s'agit d'un contrôle systématique, sur les données de facturation. Il ne concerne aujourd'hui que le secteur privé.

Le contrôle a posteriori

Conduit au niveau de l'unité de coordination régionale, cette étape du dispositif de contrôle, est destinée au ciblage d'anomalies ou d'atypies, visant à orienter les contrôleurs vers les établissements à contrôler en priorité. Porté par l'outil de Détection des atypies de l'information médicale (DATIM), le contrôle a posteriori consiste à la mise en œuvre de comparaison statistique entre le comportement d'un établissement et le comportement moyen.

Le déclenchement du contrôle sur site

La proposition de contrôle sur site est faite de manière concertée, au sein de l'unité de coordination régionale. Le processus des circuits de contrôle est interfacé avec le processus amont de financement à l'activité (3) et avec le processus de suivi financier (6).

6. Le suivi financier

La démarche de campagne budgétaire s'inscrit dans un contexte de responsabilisation des acteurs hospitaliers et de nouveau partage des responsabilités entre l'établissement et sa tutelle. Compte tenu des enjeux, une attention particulière doit être portée à la détection précoce de situation financière préoccupante, afin que puissent être engagées au plus tôt les actions correctrices nécessaires et éventuellement les dispositifs d'accompagnement pour un retour à l'équilibre financier.

Le suivi financier implique les établissements de santé et leur tutelle mais également en cas de situation plus délicate et parfois conflictuelle, les chambres régionales de comptes et les conseillers généraux des établissements. Le processus de suivi financier s'inscrit dans une relation réciproque avec le processus de campagne budgétaire (4).

4. Points de convergence et de divergence : approche théorique et compléments « terrain » du cas français

4.1 Rappel méthodologique

Notre méthodologie d'identification et d'analyse des points de convergence et de divergence théoriques entre la logique de planification sanitaire d'une part, et la logique de régulation du financement des établissements de santé d'autre part, repose sur deux approches complémentaires :

- ✓ Une approche « conceptuelle » : il s'agit de mettre en évidence une convergence ou une divergence de principe entre les deux logiques, en confrontant leur philosophie générale et leurs grands objectifs.

- ✓ Une approche « législative et réglementaire », fondée sur une étude des modalités théoriques de mise en œuvre des deux logiques :
 - La confrontation des processus permet d'identifier les points de convergence ou de divergence entre les différents processus constituant chacune des deux démarches (par exemple, les points de convergence ou de divergence entre le processus de campagne budgétaire et le processus de contractualisation),
 - L'étude du positionnement et du rôle des acteurs permet de mettre en évidence, pour chacun des acteurs intervenant dans les deux démarches, la convergence ou la divergence des logiques auxquelles ils sont confrontés.

Pour chacune de ces approches, les monographies régionales permettent de compléter l'analyse théorique. Ainsi, pour chaque point de divergence théorique pressenti, nous illustrons notre compréhension de son application, ou de sa non application, sur le terrain, dans les deux régions étudiées (Franche-Comté et Languedoc-Roussillon).

Encore une fois, il ne s'agit pas de conclure sur la réalité du point de conflit pressenti sur le terrain, puisque seules deux régions ont fait l'objet d'une étude et qu'elles n'ont pas été choisies dans un but de représentativité de l'ensemble des régions françaises. Il s'agit simplement de mettre en évidence le ressenti des acteurs et leurs comportements, dans deux régions fort différentes.

4.2 Approche conceptuelle : des philosophies générales convergentes ou divergentes ?

En préalable, il est intéressant de noter que les réformes de la planification sanitaire et du financement des établissements sont deux volets d'une même démarche de « modernisation de l'hôpital » introduite par le « Plan Hôpital 2007 ».

Comme nous l'avons vu plus haut, la mise en place de la T2A a vocation à « *libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation* »¹⁶. Le financement à l'activité incite les établissements de santé à repenser leurs activités non rentables : certaines activités mobilisent des moyens humains, matériels et immobiliers qui, en fonction de la structure de coûts et du volume d'activités de chaque établissement, ne sont pas toujours couverts par les tarifs.

La T2A permet ainsi d'accélérer les évolutions nécessaires dans l'organisation de l'offre de soins, en favorisant les réorganisations, les restructurations, les regroupements et le décloisonnement entre les secteurs et les activités. La T2A, en favorisant l'émulation comparative, contribue aussi à la recomposition de l'offre de soins.

En ce sens, elle est en complète cohérence avec la planification sanitaire (SROS 3) dont l'objectif est d'organiser de manière optimale l'offre de soins afin de garantir :

¹⁶ Discours de Jean-François Mattéi, 20 novembre 2002.

- ✓ une qualité des soins : dans le cadre de la planification sanitaire, une évaluation des risques à maintenir ou ne pas maintenir certaines activités doit être menée, notamment dans le cas d'un niveau d'activité insuffisant pour garantir le maintien d'une compétence,
- ✓ dans certains territoires, le maintien d'un accès aux soins : en effet, dans certains territoires, la coopération (regroupement d'activités ou mise en commun de plateaux techniques) est le seul moyen de maintenir un accès aux soins pour la population concernée, face à un risque de disparition d'activités concurrentes et peu rentables.

Le financement à l'activité permet donc de développer, au sein des établissements, une logique de rationalisation des activités cohérente avec les objectifs de la planification sanitaire.



Illustration : Franche-Comté

La montée en charge de la Tarification à l'Activité a été ressentie en Franche-Comté comme une mise en exergue de situations d'établissements structurellement déséquilibrés, que la dotation globale ne mettait pas aussi clairement en évidence. Dans ce sens, la T2A est un formidable outil de réorganisation, obligeant la réflexion sur les organisations et la mise en œuvre de changements au sein des établissements et entre établissements. Dans la région Franche-Comté, une majorité des opérations de regroupement d'établissements avait été effectuée avant le passage à la T2A. Les projets d'amélioration que met en avant la T2A concernent quelques rares opérations non encore achevées et des nécessités de réorganisations internes. La T2A accompagne donc la mise en œuvre des politiques de planification de l'offre de soins et est un argument supplémentaire pour les autorités de décision.



Illustration : Languedoc-Roussillon

La montée en charge de la Tarification à l'Activité en Languedoc-Roussillon a eu pour effet, dans un premier temps, d'exacerber les logiques individualistes présentes historiquement dans la région : les établissements cherchent à développer leur activité et à accroître leurs parts de marché, dans un contexte de perspectives plutôt positives en termes de croissance démographique (la région étant la 2^{ème} de France sur ce plan). La T2A, dans un premier temps, a eu un effet de « cristallisation » des acteurs, les établissements privés se regroupant entre eux (rachat par un même acteur des cliniques d'un territoire), sans collaboration avec le public. En effet, l'intérêt à court terme des établissements n'est pas dans la coopération. Cependant, il est probable que, passée cette première phase, et avec l'appropriation progressive par les établissements de la notion de territoire de santé, la T2A favorisera les projets de coopération et de reconversion, les établissements ayant tout intérêt, étant donné le caractère somme toute limité du bassin de population dans lequel ils évoluent, à se « partager » l'activité dans une logique de prise en charge globale du patient (notion de filière) sur un territoire donné.

Cependant, par certains aspects, la T2A et les SROS correspondent à des logiques différentes voire opposées, ce qui pose la question de la cohérence de la coexistence de ces deux dispositifs.

En effet, comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport de 2006 sur la sécurité sociale¹⁷, « reconfigurer l'offre hospitalière par le truchement d'une cartographie idéale et quantifiée des prises en charge à confier à chaque structure est par nature assez antinomique avec le fait d'inciter les établissements, par le biais des tarifs, à adapter leur activité à leur performance économique (générer des gains de productivité, repérer les activités déficitaires, développer les activités rentables) ».

Autrement dit, les SROS déterminent à l'avance des objectifs quantifiés d'activité et d'organisation physique de l'offre hospitalière (en fixant des volumes d'activité – à l'intérieur de fourchettes – dont le non respect doit faire l'objet de sanctions), alors que la T2A introduit, par des mécanismes d'incitation financière, une logique dynamique et évolutive de l'activité (logique de « marché » avec une régulation naturelle entre les établissements selon la demande du bassin de santé et l'offre existante).

Cependant, cette contradiction entre une logique « déterministe » qui serait induite par les OQOS et une logique évolutive de l'activité introduite par la T2A peut être remise en cause.

Il convient tout d'abord de rappeler que la notion d'OQOS renvoie à trois éléments complémentaires :

- ✓ La répartition des activités de soins sur un territoire de santé (objectifs d'implantations),
- ✓ L'organisation de l'accessibilité (objectifs en matière d'organisation : couverture horaire, temps d'accès...),
- ✓ La détermination des volumes d'activités de soins à réaliser par territoire de santé.

De plus, les OQOS s'entendent par territoire de santé et se déclinent par établissement ; ils correspondent à l'organisation et au volume de soins permettant de répondre aux besoins de santé du territoire. Ainsi, les OQOS ne limitent ni la dynamique territoriale ni la liberté d'action des établissements, ceux-ci étant libres de se « répartir » l'activité à l'intérieur d'un territoire de santé et dans le respect des fourchettes des OQOS.

Les OQOS déclinés par établissement ont un rôle de « garde-fou », par exemple si une forte augmentation de l'activité d'un établissement mettait en péril l'équilibre d'un territoire et risquait de conduire à une situation de monopole. Si une telle situation se rencontrait, c'est à l'ARH que reviendrait la responsabilité d'appliquer ou non des sanctions à l'établissement concerné.

Enfin, les OQOS ne concernent que des grandes catégories d'activité (médecine, chirurgie...) sans descendre au niveau du GHS, ce qui permet une grande liberté des établissements en termes de répartition des GHS au sein des OQOS (avec comme corollaire que la lutte contre une sur-spécialisation des établissements est difficile).

¹⁷ Cour des comptes, La Sécurité sociale, 2^{ème} partie : La gestion des risques, chapitre VI : Le pilotage de la politique hospitalière, IV- La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A), septembre 2006.



Illustration : Franche-Comté

Ce conflit n'est pas avéré en Franche-Comté car, si les OQOS sont suivis par les établissements et l'ARH dans le respect des obligations réglementaires, ils ne sont pas utilisés comme référence dans les prévisions ou le pilotage de l'activité ; de plus, les fourchettes définies sont relativement larges et les sanctions ne sont pas appliquées. Par ailleurs, dans le cadre de la révision du SROS prévue en 2008, un travail de réévaluation des OQOS sera mené.



Illustration : Languedoc-Roussillon

En Languedoc-Roussillon, la démarche de définition des OQOS a véritablement intégré cette notion territoriale, en raisonnant selon une logique de limitation des fuites et de recherche d'une autarcie maximale (objectif de 80 % d'autarcie pour un territoire donné) ; le découpage en territoire a d'ailleurs été effectué sur la base d'une étude d'un géographe sur les comportements de la population. La logique territoriale nécessite cependant une définition pertinente des territoires de santé, et une vision évolutive qui prend en compte les modifications du territoire (en termes de population, d'accessibilité...).

Cependant, sur le terrain, on constate une divergence de compréhension entre cette vision territoriale des OQOS, véhiculée par l'ARH, et la vision « individualiste » des établissements.

En effet, les établissements ont tendance à comprendre les OQOS comme une mesure individuelle et non pas territoriale ; ils perçoivent ainsi les OQOS comme une limitation de leur activité, tout en ayant le sentiment qu'aucune sanction ne sera appliquée.

Le déroulement des Conférences sanitaires de territoire sont une bonne illustration de la logique individualiste des établissements ; les Conférences ont en effet été un lieu d'expression de desiderata individuels, au détriment d'une vision d'ensemble des territoires. Cette tendance est de plus renforcée par la composition des Conférences, qui donne le même poids à l'ensemble des établissements d'un territoire, quelle que soit leur taille.

Pour le directeur de l'ARH, l'OQOS ne doit pas être abordé dans une logique de sanction (la sanction étant de toute façon appliquée par le biais des tarifs, avec une régulation prix / volume au niveau national). Il doit au contraire être utilisé, en articulation avec les CPOM, comme un outil pédagogique pour inciter les établissements à dépasser leur vision individualiste et s'inscrire dans leur territoire, dans le cadre plus global d'une réflexion sur la « bonne prise en charge » du patient (notion de filière, prise en charge amont et aval).

Par ailleurs, l'objectif de maintien d'une proximité de l'accès aux soins poursuivi par la planification sanitaire peut entrer en contradiction avec l'objectif d'équilibre financier des établissements introduit par la T2A.

En effet, le SROS peut imposer à de nombreux établissements le maintien d'activités afin de maintenir la proximité de l'accès aux soins sur tout le territoire. Or certaines de ces activités mobilisent des moyens humains, matériels et immobiliers qui ne sont pas couverts par les tarifs prévus dans le dispositif de financement à l'activité.

De plus, il est probable que la participation des élus et des usagers à l'élaboration des projets médicaux de territoire (dans le cadre des conférences sanitaires) et, dans une moindre mesure, des SROS, renforce cette volonté de maintenir une diversité d'activités avec un maillage serré du territoire. En effet, pour les usagers, l'enjeu de la proximité est essentiel ; pour les élus, l'enjeu de l'attractivité du territoire et du maintien d'une infrastructure génératrice d'emplois peut aller à l'encontre d'un objectif de rationalité économique.



Illustration : Franche-Comté

Le CH de Saint-Claude en Franche-Comté est une bonne illustration de ce conflit dans la région. Cet établissement, avec moins de 1 500 séjours chirurgicaux PMSI, n'atteint pas le seuil considéré comme nécessaire pour à la fois maintenir le niveau de compétences et garantir une certaine rentabilité de l'infrastructure chirurgicale (coûts fixes). Pourtant, étant donné la situation géographique isolée de l'établissement (barrière montagneuse à l'Est, éloignement des autres établissements), la décision a été prise par l'ARH, dans le cadre du SROS et des autorisations qui en ont découlé, de maintenir l'activité chirurgicale de l'établissement. Cette décision a été prise selon une logique pure de planification, sans prise en compte d'éléments financiers et sans « compensation » financière.



Illustration : Languedoc-Roussillon

En Languedoc-Roussillon, il existe bien une problématique d'établissements « isolés » dans l'arrière-pays, dont certains sont maintenus pour des raisons de proximité de l'accès aux soins (notion « d'exception géographique ») ; c'est le cas d'un certain nombre d'hôpitaux locaux ou d'hôpitaux isolés (notamment celui de Mende), ainsi que de 7 cliniques privées. L'ARH a fait le choix d'utiliser sa marge de manœuvre d'aide à la contractualisation (enveloppes AC : 1,7M€ sur 4M€ en 2007) pour financer spécifiquement les cliniques isolées. Un travail spécifique a été effectué en 2007 dans le cadre de la contractualisation avec ces établissements, sur des critères précis de répartition de l'enveloppe : permanence des soins, dépassement d'honoraires, éloignement géographique par rapport à l'établissement le plus proche, montant de la dotation réseau, etc. Des réallocations importantes ont pu avoir lieu (par exemple la dotation AC d'un de ces établissements est passée de 150 000 euros en 2006 à 28 000 euros en 2007, car il pratiquait des dépassements d'honoraires sur un quart de son activité). Dans le cadre de la campagne tarifaire 2008, l'ARH a fait le choix de privilégier les enveloppes AC. En effet, selon le DARH, il est probable qu'à terme, l'aide à la contractualisation restera la seule marge de manœuvre financière de l'ARH, les MIG ayant vocation à être intégrées aux tarifs. Par ailleurs, pour les cliniques isolées dont le coefficient de transition est supérieur à 1, l'ARH a fait le choix de moduler à la baisse ce coefficient et de compenser la perte de ressources par une allocation AC dont la pérennité devrait dépasser 2012.

Enfin, il convient de noter que la planification sanitaire et le financement à l'activité mettent en jeu des différences importantes en termes d'étendue des « savoirs ». Ainsi, pour réaliser la planification, il faudrait avoir (en théorie) une connaissance exhaustive du terrain et des savoirs très étendus, en particulier pour l'évaluation des besoins. À l'inverse, les savoirs en jeu pour le financement sont bien moindres, car il s'agit simplement (là aussi en théorie) d'une combinaison d'éléments de calcul mathématique et de jeu de marché.

Cependant, dans la pratique, comme nous l'avons vu plus haut, l'évaluation des besoins de santé se révèle assez sommaire ; de son côté, la définition des tarifs et des différentes enveloppes de financement nécessite malgré tout des éléments d'analyse complexe et une prise en compte des priorités de santé, comme nous le verrons plus bas.

4.3 Approche législative et réglementaire : quelle cohérence dans les processus et les rôles des acteurs ?

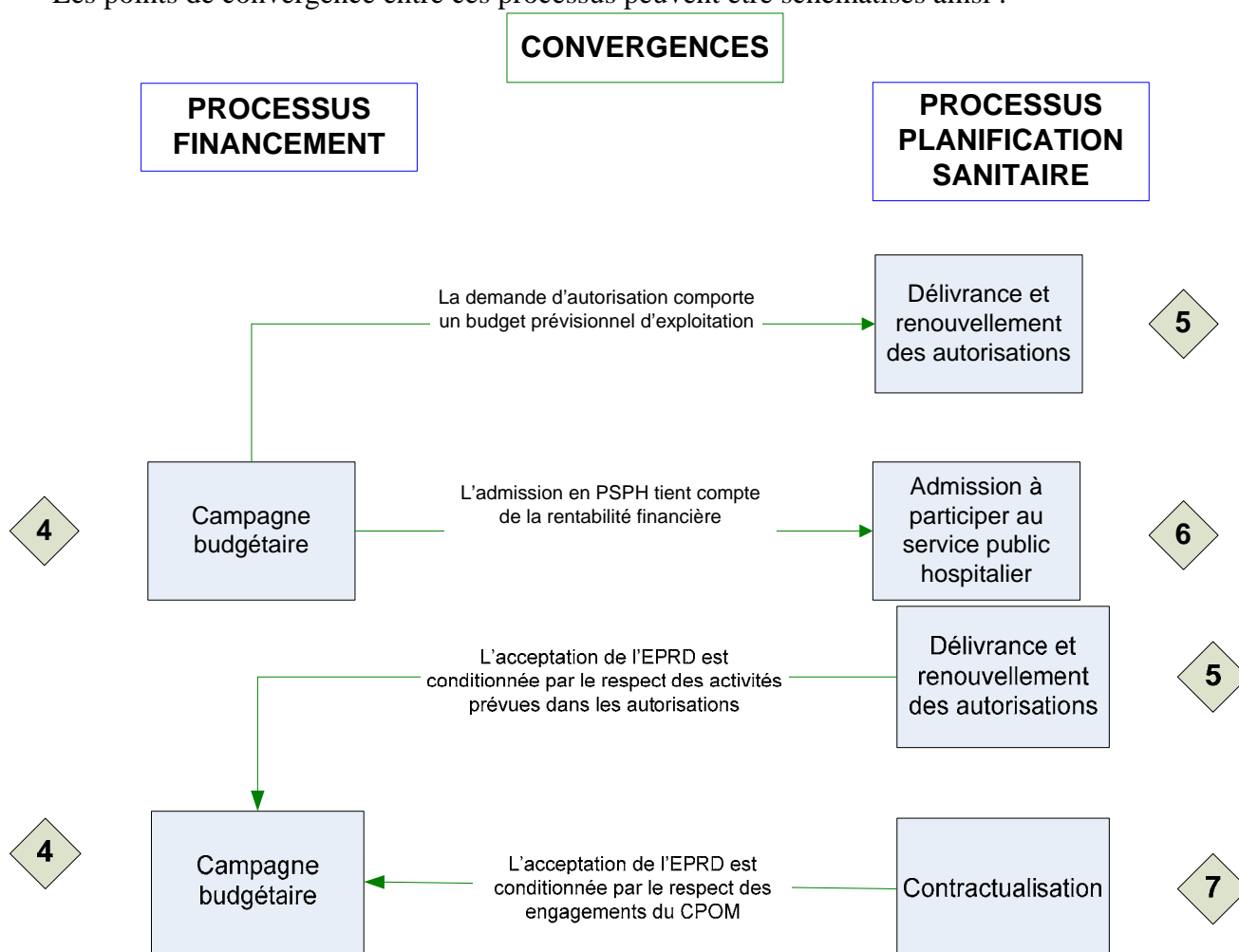
4.3.1 L'analyse des processus réglementaires

LES LIENS ENTRE PROCESSUS DE CAMPAGNE BUDGÉTAIRE ET PLANIFICATION SANITAIRE

Points de convergence

Vision synthétique

Les points de convergence entre ces processus peuvent être schématisés ainsi :



Analyse détaillée

Un certain nombre de processus de la planification sanitaire tiennent compte des éléments budgétaires et financiers fournis par les établissements.

- ✓ La demande d'autorisation d'une activité ou d'un investissement pour un équipement matériel lourd comporte un compte ou un budget prévisionnel d'exploitation ; cependant,

l'analyse de cet élément ne rentre pas dans les critères d'autorisation, ce qui constitue un point de divergence.



- ✓ La décision d'admettre un établissement de santé privé à participer au service public hospitalier tient compte de la rentabilité financière de l'établissement (sur la base des comptes de résultat et bilans certifiés des trois dernières années), afin d'anticiper (et de minimiser) les dépenses d'Assurance maladie qui résulteraient de l'admission.

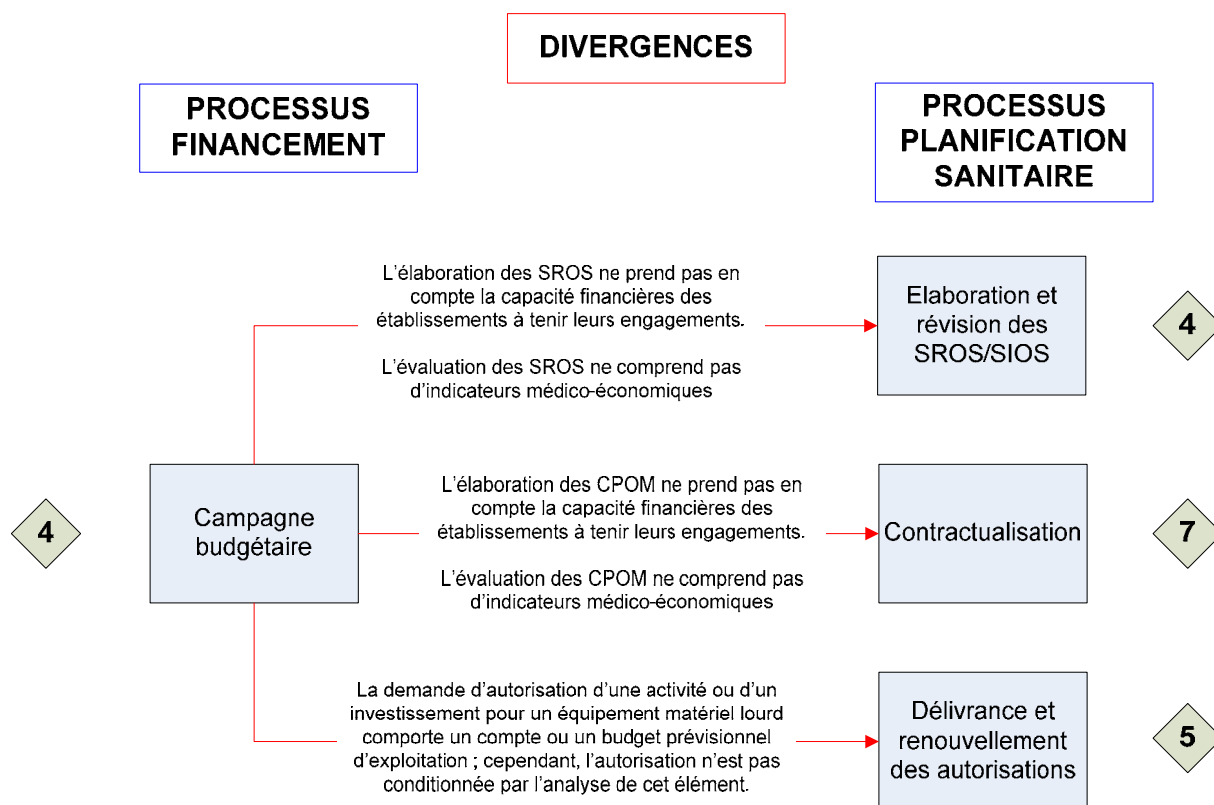
Inversement, la validation, par l'ARH, des documents budgétaires, est conditionnée par le respect des orientations de la planification sanitaire.

- ✓ L'ARH peut s'opposer à l'état prévisionnel des recettes et dépenses (EPRD) proposé par un établissement si les prévisions ne sont pas établies sur la base des orientations d'activité prévues par le SROS et déclinées dans le CPOM.
- ✓ L'ARH peut également s'opposer à l'EPRD proposé par un établissement s'il ne tient pas compte des autorisations accordées à l'établissement en matière de développement d'activités.

Points de divergence

Vision synthétique

Les points de divergence entre ces processus peuvent être schématisés ainsi :



Analyse détaillée

Cependant, l'élaboration des documents de planification sanitaire ne prend pas en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements ; de même les démarches d'évaluation ne comprennent pas d'indicateurs médico-économiques.

En effet, les SROS sont élaborés de telle sorte que l'offre de soins réponde aux besoins de santé, sans prendre en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements. De même, les CPOM déclinent les SROS sans prise en compte des contraintes financières des établissements, même s'ils sont censés préciser les éléments financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces engagements.



Illustration : Franche-Comté

Ce point n'est pas ressenti comme un conflit en Franche-Comté. En effet, pour les acteurs interrogés, le SROS doit rester un « idéal » correspondant aux besoins de santé de la population (en termes de proximité et de qualité des soins), déconnecté des capacités financières des établissements et auquel ces derniers doivent s'adapter en recherchant des sources d'efficience.

Il existe pourtant des situations de conflit sur le terrain, traitées selon une approche pragmatique : l'ARH fait preuve d'une certaine souplesse quant à l'application du SROS, en fonction de la situation individuelle de l'établissement. Ainsi, le CH de Pontarlier doit ouvrir un service de néo-natalité (inscrit au SROS 3) dans le cadre d'un nouveau pôle mère-enfant, mais des études réalisées indiquent que l'activité ne pourra pas être rentable ; l'ARH étudie actuellement cette situation particulière et il est possible que le critère financier prime sur la planification.

En ce qui concerne les CPOM, ceux-ci ont été signés dans une première version « légère », afin de respecter les échéances (l'ensemble des CPOM ont été signés avant le 31 mars 2007). Cette version ne comprend pas d'éléments financiers. Une nouvelle version devrait être élaborée suite à la révision du SROS, pour la période 2009-2011.



Illustration : Languedoc-Roussillon

Dans l'élaboration du SROS, la logique de réponse aux besoins a primé ; le coût du SROS a été chiffré *a posteriori* et n'a pas remis en cause les décisions du SROS.

Les CPOM ne comprennent pas d'éléments financiers, sauf pour la partie MIGAC.

En ce qui concerne les démarches d'évaluation, l'évaluation des SROS prévoit principalement des indicateurs portant sur l'activité, la qualité, la mise en œuvre de coopérations, etc. De même, les critères d'évaluation des CPOM (inscrits dans ces derniers) varient selon les régions et ne comportent pas non plus d'indicateurs médico-économiques.

L'IGAS et l'IGF, dans leur rapport d'audit de modernisation sur « les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières »¹⁸, ont noté la difficulté des ARH à piloter la performance des établissements, en l'absence d'indicateurs permettant de l'apprécier. Le rapport préconise de généraliser et d'affiner la connaissance de la performance hospitalière en développant les analyses médico-économiques et financières et en renforçant le contenu de l'outil contractuel (CPOM) pour donner plus de poids aux ARH et donner des objectifs de performance aux établissements.

¹⁸ Mission d'audit de modernisation, Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières, établi par : Patrick BLANC, Inspecteur des finances ; Agathe DENECHERE, Inspectrice des affaires sociales ; Amélie VERDIER, Inspectrice des finances ; Gilles DUHAMEL, Inspecteur général des affaires sociales, avril 2007.



Illustration : Franche-Comté

Les indicateurs définis dans le SROS (portant principalement sur l'activité, la qualité ou la mise en œuvre de coopérations) sont insuffisamment suivis, faute de sources de données et d'outils « de routine » partagés entre l'ensemble des acteurs.

Dans tous les cas, le développement d'outils de pilotage partagés et permettant de restituer des données récentes est un préalable à la définition et au suivi d'indicateurs médico-économiques pour l'évaluation des SROS.

L'ARH travaille d'ailleurs actuellement à la mise en place d'un tableau de bord de pilotage des établissements, à partir d'informations issues d'un système d'information partagé par les établissements.

En ce qui concerne les CPOM, le SROS prévoit que les indicateurs contenus dans ses différents volets soient déclinés dans les CPOM. Pourtant les CPOM signés ne comprennent pas d'autres indicateurs que la déclinaison des OQOS.

Au-delà de la simple définition d'indicateurs médico-économiques, les CPOM pourraient être utilisés pour définir des objectifs et préciser les leviers d'action (pistes de recherche d'efficience) adaptés à l'établissement.

Les CPOM étudiés (CH de Dole et de Pontarlier) font référence aux économies à réaliser dans le domaine des achats hospitaliers ; la chargée de mission efficience de l'ARH de Franche-Comté anime en effet actuellement un groupe de travail régional sur les achats.

Ce rôle d'animateur, ainsi que l'inscription de tels objectifs dans les CPOM, pourrait être élargi à d'autres champs (organisation des services et des unités de soins, coopération inter-établissements, développement de nouveaux modes de prise en charge, mutualisation de moyens, etc.).



Illustration : Languedoc-Roussillon

Dans le cadre de l'évaluation des SROS, une révision des OQOS est en cours ; un travail commun de l'ARH et de la DRSM sur la méthode d'actualisation a eu lieu en mars 2008 et des discussions avec les Fédérations puis les établissements sont prévues.

En ce qui concerne les CPOM, ceux-ci ne comprennent pas d'indicateurs « économiques » (sauf pour les MIGAC) mais comprennent des indicateurs qualitatifs détaillés sur le plan médical, avec des objectifs individualisés par établissement, pour chaque thématique (médecine, personnes âgées, HAD, SSR, structures d'urgences et permanence des soins, urgences cardiologiques, AVC, traumatismes crâniens cérébraux, chirurgie, réanimation, soins palliatifs, imagerie, IRC, traitement du cancer, obésité, périnatalité, enfants et adolescents, psychiatrie et santé mentale).

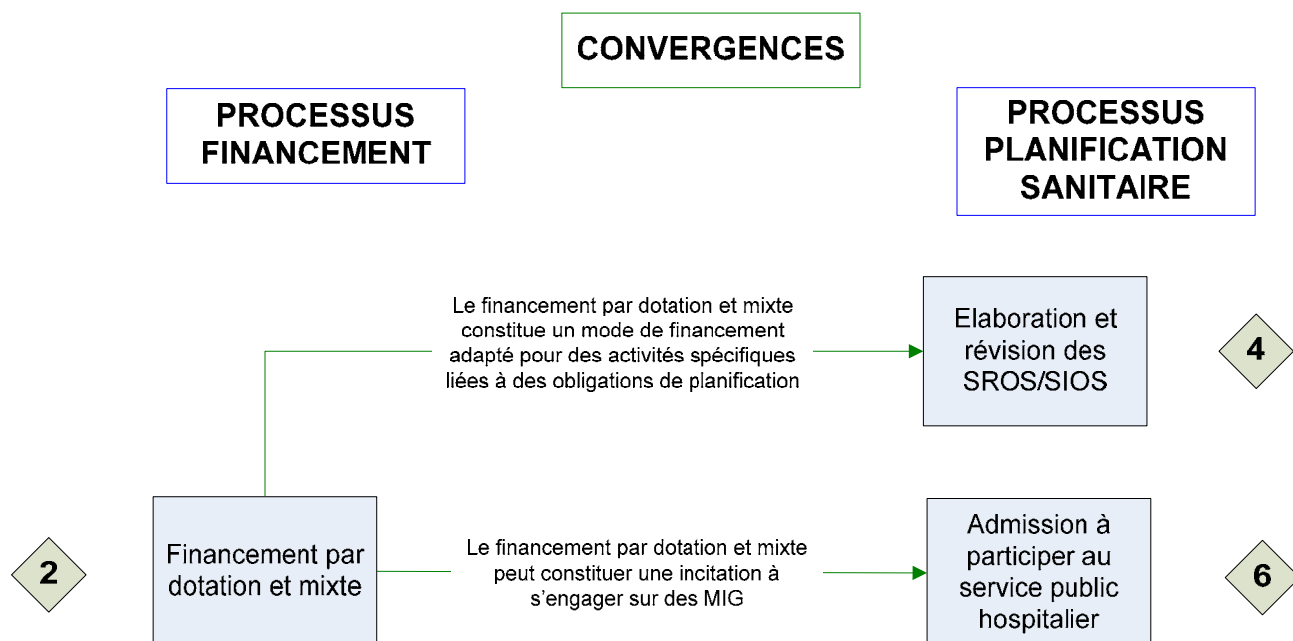
Pour 2008, l'ARH a décidé de cibler l'évaluation sur cinq thématiques prioritaires : personnes âgées, HAD/SSR, structures d'urgences et permanence des soins, traitement du cancer et psychiatrie. L'évaluation, portant uniquement sur des aspects médicaux, conduira à un ciblage des établissements en difficulté ; pour chaque indicateur, une analyse de l'écart entre la situation en 2007 à la signature du CPOM et la situation en 2008 sera réalisée et donnera lieu à une réflexion conjointe avec les établissements sur les pistes d'amélioration et actions correctrices.

LES LIENS ENTRE PROCESSUS DE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ, PAR DOTATION ET MIXTE ET PLANIFICATION SANITAIRE

Points de convergence

Vision synthétique

Les points de convergence entre ces processus peuvent être schématisés ainsi :



Analyse détaillée

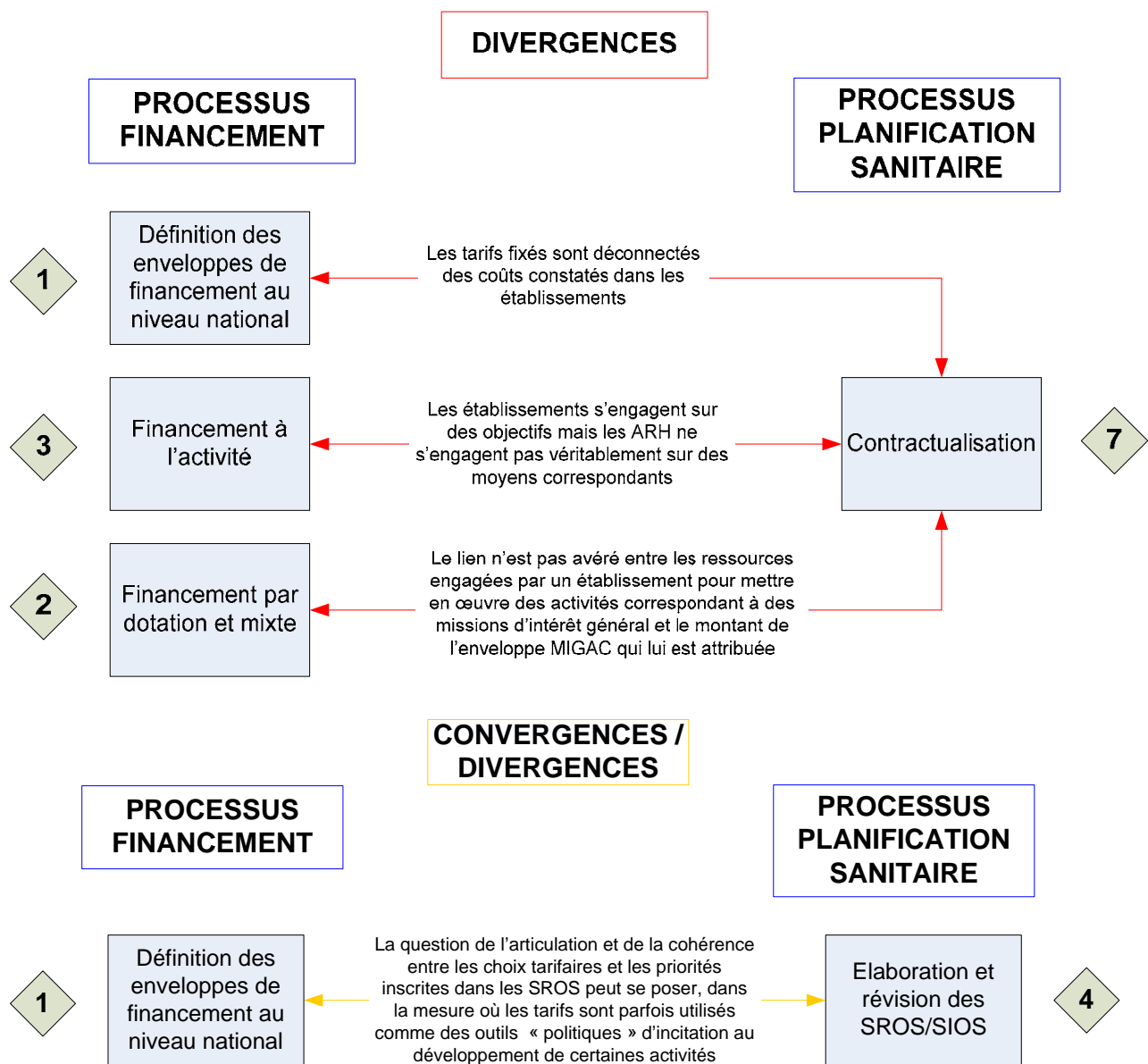
Le maintien de certains dispositifs de financement par dotation et mixte permet de compenser, dans une certaine mesure, les contraintes engendrées par la planification sanitaire.

- ✓ Le financement par dotation et mixte constitue un mode de financement adapté pour des activités spécifiques liées à des obligations de planification (obligation de maintenir une activité, de s'adapter aux besoins de certaines catégories de population...).
- ✓ Le financement par dotation est incitatif à l'engagement des établissements dans des missions d'intérêt général, en cohérence avec les orientations du SROS.
- ✓ Les établissements de santé privés candidats à la participation au service public hospitalier s'engagent à satisfaire aux obligations législatives et réglementaires du service hospitalier, notamment en prenant en charge un certain nombre de missions d'intérêt général ; les candidats admis deviennent de fait éligibles à des enveloppes MIGAC.

Points de divergence

Vision synthétique

Les points de divergence entre ces processus peuvent être schématisés ainsi :



Analyse détaillée

Cependant, la méthode de fixation des tarifs des GHS induit une « forte déconnexion entre les coûts constatés et les tarifs fixés, lesquels constituent une variable d'ajustement dénuée de lisibilité et de sens pour les établissements »¹⁹.

Cette déconnexion s'explique par de nombreux facteurs :

- ✓ des adaptations et des améliorations sont apportées à la classification des GHM et des GHS,
- ✓ les coefficients géographiques retenus, identiques pour le secteur public et le secteur privé, ne reflètent pas la réalité des disparités de coûts constatées dans les diverses études

¹⁹ Cour des comptes, La sécurité sociale, 2^{ème} partie : La gestion des risques, chapitre VI : Le pilotage de la politique hospitalière, IV- La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A), septembre 2006.

réalisées ; d'après la Cour des Comptes, leur calcul est fondé exclusivement sur les coûts de l'immobilier et bénéficient principalement à l'Ile-de-France,

- ✓ pour le secteur privé, il n'existe pas d'historique de coûts par GHM calculés sur un échantillon représentatif d'établissements aussi fiable et régulièrement actualisée que pour le secteur public (à noter que sur ce point, l'ENC commune est en cours de construction),
- ✓ pour le secteur public, la valorisation initiale des tarifs **en 2005** a été réalisée à partir de l'échelle nationale de coûts (ENC), avec un décalage de 2 ans par rapport au recueil des données sur les coûts, et après plusieurs étapes :
 - les 2 premières étapes se sont basées sur les données d'un nombre limité d'établissements volontaires constituant un échantillon statistiquement non représentatif (58 en 2004) : d'abord le calcul des coûts complets par GHM, ensuite le calcul des « pré-tarifs » par redistribution de ces coûts complets entre les tarifs forfaitaires par séjour (GHS) et les autres éléments de rémunération (DMI-MO, extrêmes, suppléments...) ;
 - la dernière étape a consisté à calculer les tarifs nationaux en ajustant les pré-tarifs issus de l'échantillon à la fois à l'enveloppe budgétaire nationale des dépenses MCO et à la structure nationale de la production de soins.

Depuis 2006, la grille tarifaire est mise à jour par rapport aux tarifs de l'année précédente sans référence automatique à l'étude de coûts²⁰ :

- En appliquant un taux d'évolution des tarifs décidé nationalement, au vu :
 - de la réalisation de l'ONDAM de l'année précédente (régulation prix/volume)
 - du taux de l'ONDAM pour l'année suivante
 - des prévisions de volumes pour l'année suivante
 - des taux d'évolution des autres sous-enveloppes, notamment les médicaments et DMI en sus et les MIGAC
- En adoptant des mesures discrétionnaires sur tel ou tel tarif, à titre marginal, pour :
 - tenir compte de l'application des plans de santé publique
 - accompagner la volonté politique de favoriser certaines pratiques médicales (par exemple la chirurgie ambulatoire)
 - corriger des situations remontées comme anormales par les acteurs de terrain en termes de comparatif tarifs/coûts²¹
- En accompagnant l'évolution de la liste des DMI en sus
- En accompagnant l'évolution de paramètres du modèle comme les bornes des séjours extrêmes.

Sur ce point, la MT2A précise que les tarifs n'ont pas vocation à s'ajuster aux coûts déclarés (dont le périmètre et la « vérité » sont difficiles à appréhender), ni de financer au cas par cas les ressources engagées, mais de refléter au mieux le « juste prix » à payer pour la réalisation

²⁰ Ces éléments techniques sur la procédure de fixation des tarifs ont été fournis par M. Roland Cash, responsable scientifique de la MT2A.

²¹ Cela a été le cas pour des activités à faible effectif national, pour lesquelles l'ENC fournit peu d'information : greffes d'organes, hématologie, néonatalogie, activités innovantes (comme la rythmologie interventionnelle, la prise en charge de l'épilepsie rebelle, etc.).

d'une prestation²². Il s'agit de promouvoir au sein des établissements de santé la recherche d'efficacité et de marges de manœuvre.

Du point de vue de la DHOS, les tarifs sont une clé de répartition d'une enveloppe contrainte (l'ONDAM), construite en deux temps : une première étape de pondération des tarifs en fonction de l'échelle nationale des coûts ; puis une relecture « politique » des tarifs selon les orientations nationales en matière de santé publique et d'organisation des soins²³.

Nous notons également la récente création²⁴ de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, qui doit renforcer l'action menée par le Conseil de l'hospitalisation en matière de financement des établissements publics et privés. Cette instance se positionne comme un organe de concertation entre l'État, l'Assurance maladie et les fédérations représentatives des établissements de santé. Elle travaillera sur le suivi au cours de l'année budgétaire des dépenses de l'Assurance maladie pour les frais d'hospitalisation en se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités. Ainsi, les travaux de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée contribueront à l'élaboration de l'ONDAM pour l'année à venir. Il est également prévu que l'Observatoire remette un rapport semestriel au Gouvernement et au Parlement et donne un avis avant toute décision de baisse des tarifs des établissements en cours d'année.

La création de cet observatoire peut permettre d'atténuer le point de divergence mentionné ci-dessus. Cependant, à ce jour, l'Observatoire n'a pas encore émis de rapports et d'avis rendus publics.




Illustration : Franche-Comté

Ce conflit est ressenti par les établissements rencontrés. En effet, les établissements ne retrouvent pas leur structure de coûts dans l'ENC (par exemple, part des dépenses de titre 4 dans chaque GHS, poids des charges d'investissement...). De plus, la nomenclature évolue fréquemment (par exemple, classification des actes « frontière », intégration ou non des DMI dans le tarif...), accentuant le manque de lisibilité. Par conséquent, les établissements estiment avoir peu de visibilité pour la construction de leurs recettes prévisionnelles et pour l'organisation optimale de leurs services. Par exemple, le CH de Pontarlier a été incité, dans le cadre du SROS, à transformer une partie de son activité en chirurgie ambulatoire et a ensuite subi un déclassement de certains actes ambulatoires. Cependant, si les établissements n'ont pas de marge de manœuvre sur les grilles tarifaires, ils disposent de moyens d'actions sur les volumes d'activité et le niveau des charges. Dans ce dispositif, l'ARH peut jouer un rôle d'incitateur à la recherche d'efficacité, pour accompagner les choix organisationnels faits dans le cadre du SROS, de CREF...

Par ailleurs, les établissements doivent désormais être vigilants sur la question du codage des actes (par exemple pour les actes frontières). Dans la région Franche-Comté, le COTRIM (Comité technique régional de l'information médicale), piloté par la DRSM, est particulièrement actif, en réunissant des médecins conseils des trois régimes, les médecins inspecteurs de la santé et les médecins DIM des établissements, pour expliquer les modalités de mise en œuvre des évolutions du codage et favoriser les échanges entre DIM.

²² Source : entretien avec Martine Aoustin, Directrice de la MT2A, du 27 mars 2008.

²³ Source : entretien du 21 avril 2008 avec Patrick Olivier, sous-directeur aux affaires financières, et Louis Lebrun, conseiller médical auprès de la sous-directrice de l'organisation des soins (DHOS).

²⁴ Installé le 10 septembre 2007 par la Ministre de la Santé.



Illustration : Languedoc-Roussillon

En Languedoc-Roussillon, la T2A est globalement bien acceptée par les établissements ; elle est même parfois perçue comme une opportunité à la fois pour développer l'activité et pour impulser des évolutions organisationnelles au sein des établissements. Par exemple, le CH de Perpignan a mis en place, depuis la T2A, une programmation de l'activité des blocs opératoires, dans une logique d'optimisation des équipements. Cependant, on constate deux types de comportements :

- Pour certains établissements (notamment le CH de Perpignan), les tarifs (et leur évolution d'une année sur l'autre) sont une règle du jeu à laquelle il s'agit de s'adapter ; le « décorticage » des tarifs a peu d'intérêt (les outils de comptabilité analytique disponibles ne le permettent d'ailleurs pas). L'adaptation passe notamment par la promotion de la chirurgie ambulatoire, la réflexion sur la pertinence des prises en charge (court séjour, soins de suite...), l'optimisation de l'organisation, la vigilance sur le codage des actes... Dans ce contexte, la nouvelle gouvernance, avec la définition de projets médicaux de pôle, est un outil utile pour impliquer les équipes médicales dans la réflexion sur l'activité.
- Pour d'autres, les variations de règles, les écarts entre la grille tarifaire des établissements publics et celle des établissements privés (pour la clinique Bonnefon d'Alès), ainsi que la non prise en compte de la haute technicité de certains actes (pour le CRLC de Montpellier), sont ressentis comme une contrainte forte.

Pour l'ARH, les tarifs doivent refléter le « juste » coût, c'est-à-dire le coût d'une prise en charge optimale du patient (« les bons soins au bon patient dans la bonne structure »). L'utilisation des tarifs à des fins « politiques » d'incitation au développement de telle ou telle activité induit une imprévisibilité préjudiciable aux établissements. Les ajustements doivent être réalisés au niveau régional, par le biais de la marge de manœuvre financière des ARH (enveloppe AC), selon une logique de cahier des charges qualité formalisé dans des contrats, avec des récompenses et des sanctions.

La fixation des tarifs peut également être utilisée comme un outil « politique » d'incitation au développement de certaines activités, ce qui pose la question de la cohérence des choix tarifaires avec les priorités définies dans le cadre de la planification sanitaire.

D'un côté, les SROS sont définis pour 5 ans et répondent à des besoins de santé et des priorités régionales (même s'ils intègrent des priorités nationales). D'un autre côté, des tarifs nationaux sont définis annuellement, sur la base d'une analyse des coûts moyens constatés sur un échantillon d'établissements ; il s'agit donc en théorie de tarifs « neutres ». Il n'y a donc pas de lien entre le processus de fixation des tarifs et le processus d'élaboration des SROS.

Cependant, dans les faits, la « neutralité » des tarifs est à nuancer : les choix tarifaires peuvent avoir un caractère « politique », souvent incitatif au développement de telle ou telle activité ou pratique.

Par exemple, le passage en novembre 2006 à un financement 100 % T2A de cinq GHS chirurgicaux de la CMD24 (séjours inférieurs à 2 jours) pour les établissements anciennement sous DG correspondait clairement à la volonté de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. La classification elle-même peut être incitative : ainsi, le choix d'intégrer dans un même GHS chirurgical des séjours de 0 et 1 jour correspondait à la volonté de favoriser les véritables pratiques de chirurgie ambulatoire (séjour sans hébergement).

De même, la création d'un GHS pour la prise en charge des nouveau-nés sans complication dans le secteur privé correspondait à la volonté de rééquilibrer l'offre d'obstétrique entre le secteur public et le secteur privé afin de maintenir une offre privée suffisante.

Si ces choix tarifaires correspondent clairement à des orientations nationales en matière de santé publique et d'organisation des soins, rien ne garantit qu'ils soient cohérents avec des priorités inscrites dans les SROS régionaux.

Par ailleurs, la question de l'adéquation des montants des enveloppes MIGAC aux dépenses engagées par l'établissement pour prendre en charge des missions d'intérêt général par les établissements se pose.

- ✓ En effet, la définition des enveloppes est fondée sur une valorisation initiale réalisée en 2005 par la DHOS, sur la base des données de retraitement comptable 2003 pour les établissements ex-DG (outil ICARE), complété des évolutions propres à la campagne budgétaire 2004 ; la même méthode a été utilisée pour les mesures nouvelles financées par la dotation MIGAC durant les campagnes suivantes.
- ✓ Une fois calibrée en 2005, la dotation MIGAC est liée au taux d'évolution de l'ONDAM et aux mesures décidées dans le cadre des PLFSS des années suivantes ; il n'a pas été procédé à un nouveau calcul de l'ensemble des bases tenant compte des données des retraitements comptables ultérieurs, en raison, d'une part, du manque de fiabilité de ces données et d'autre part, dans la perspective de la réalisation de travaux plus approfondis sur chaque mission^{25, 26}.
- ✓ Ainsi, les établissements s'engagent sur des missions d'intérêt général dans leur CPOM, sans que le lien soit avéré entre les ressources engagées pour mettre en œuvre ces activités et le montant des enveloppes MIGAC allouées.
- ✓ Il convient cependant de préciser que, après valorisation, au niveau national, des différentes enveloppes MIGAC attribuées aux régions, l'allocation par les ARH auprès des établissements concernés prend en compte la répartition des dépenses de chaque établissement entre les différentes missions d'intérêt général (outil ICARE).

La DHOS et la MT2A sont conscientes de ces écarts et incitent fortement les ARH à retravailler sur la juste allocation des MIG dans chaque région. Notamment, les dispositifs d'allocation des MIG doivent faire l'objet d'une contractualisation entre ARH et établissements en fonction des arbitrages des tutelles régionales du fait de leur connaissance terrain du fonctionnement et des modes d'organisation des établissements. Ce point fait d'ailleurs l'objet de l'une des propositions du rapport Larcher, qui incite à : « *poursuivre les travaux de meilleure définition du montant des MIG et d'objectivation des facteurs explicatifs des écarts de coûts* »²⁷.

²⁵ Guide méthodologique à destination des ARH pour la contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation - www.parhitage.sante.fr.

²⁶ Le Ministère de la santé a engagé en liaison avec les fédérations hospitalières et les professionnels de santé des travaux sur les MIGAC avec trois objectifs principaux :

- 1- Définir plus précisément le champ des activités retenues comme missions d'intérêt général et la partie de ces activités éligibles à un financement MIGAC
- 2- Mesurer le coût de ces activités et construire les référentiels de valorisation qui permettront un financement adéquat et équitable de ces missions sur l'ensemble du territoire
- 3- Améliorer le suivi de ces activités tant au niveau régional que national au travers de la politique de contractualisation entre les ARH et les établissements.

²⁷ Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008.



Illustration : Franche-Comté

Ce conflit est ressenti par les établissements.

Le CH de Dole a ainsi mené une étude analytique sur les MIG auxquelles elle est éligible (SMUR, PASS, CCLIN, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de lutte contre la douleur, éducation thérapeutique, consultation mémoire, coordination de soins en cancérologie...) dans le cadre de l'élaboration de son CREF. Cette étude a mis en évidence un sous-financement global des MIG, avec des variations d'une MIG à l'autre.

De plus, les activités d'intérêt général menées par les praticiens hospitaliers (par exemple, intervention d'un pédiatre dans une crèche), qui peuvent représenter jusqu'à 20 % de leur activité, ne sont pas prises en compte dans les enveloppes.

Le travail de contractualisation est en cours en Franche-Comté, sur la base de référentiels de valorisation et d'entretiens avec les établissements. Une phase de négociation entre les établissements aura lieu ensuite et pourra donner lieu à des réallocations des enveloppes entre MIG et entre établissements.



Illustration : Languedoc-Roussillon

Ce travail de contractualisation a été réalisé en Languedoc-Roussillon en 2007, sur la base du guide méthodologique de la DHOS et de « fiches action », élaborées par l'ARH pour 17 missions (représentant 85 % de la dotation MIG et 25 % de la dotation MERRI de la région). Pour chaque mission, la fiche action précise les objectifs rattachés à la mission, ses conditions d'exécution, les modalités d'évaluation du respect des objectifs (définition d'indicateurs cibles) et les éléments de calibrage financier (notamment en termes d'effectifs). Ces fiches actions font l'objet d'une annexe au CPOM, avec le montant des dotations correspondantes.

L'enjeu est de réévaluer les dotations des établissements (le CRLC de Montpellier a ainsi vu sa dotation MIG diminuée de 400 000 euros, réattribués sous forme de AC) et, de façon plus pérenne, de lier le financement au respect des engagements pris dans le CPOM. Pour les établissements, ces fiches représentent un guide intéressant pour mettre en œuvre ces missions de service public qui ne relèvent pas véritablement de la pratique médicale.

Enfin, la notion même de « contrat d'objectifs et de moyens » pose question.

En effet les établissements s'engagent sur des objectifs alors que les ARH ne s'engagent pas véritablement sur des moyens, ceux-ci dépendant désormais de l'activité de l'établissement (même si l'aide à la contractualisation permet de couvrir des frais liés à la mise en œuvre de certaines orientations des SROS).



Illustration : Franche-Comté

Ce conflit est ressenti par les établissements publics interrogés. En effet, les COM signés dans le cadre du SROS 2 précisait des moyens financiers fermes sur lesquels l'ARH s'engageait. Au contraire, les CPOM actuels imposent des objectifs aux établissements, dont le financement en T2A semble plus aléatoire et plus « lointain » aux établissements (financements *a posteriori* non garantis).

Cette situation peut induire le sentiment, pour les établissements, d'un pouvoir amoindri de l'ARH, puisque la « pression » financière n'existe plus. Ainsi, des projets de regroupement inscrits au SROS et dans les CPOM n'ont toujours pas vu le jour (mise en commun du plateau technique du CH et de la clinique de Dole d'une part, de la clinique Saint-Martin et du CH de Vesoul d'autre part).

Ce sentiment n'est cependant pas partagé par le DARH, qui rappelle que la marge de manœuvre financière de l'ARH est restée identique : en effet, en dotation globale, elle se limitait à 10 % du budget (mesures nouvelles) puisque 90 % du budget était attribué sur la base de l'année précédente ; avec la T2A, l'ARH dispose toujours d'une enveloppe représentant environ 10 % du budget des établissements à distribuer (MIGAC et mesures nouvelles). De plus, la tutelle valide toujours les éléments structurants de l'établissement (EPRD, projet d'établissement, projet médical).



Illustration : Languedoc-Roussillon

Depuis la mise en place de la T2A, l'ARH a perdu une partie de sa marge de manœuvre financière et les établissements en sont conscients. Cependant, les établissements n'ont pas le sentiment d'une importance moindre du rôle de la tutelle, qui évolue vers un nouveau rôle de conseil et d'accompagnement, sur une grande variété de sujet (par exemple, sur les choix de recrutement dans les établissements publics).

En ce qui concerne l'outil contractuel, les établissements sont en attente d'autres formes d'engagement que financier ; par exemple, la reconnaissance, dans le SROS, du CH de Perpignan comme établissement de recours pour le territoire de Narbonne, est une forme d'engagement.

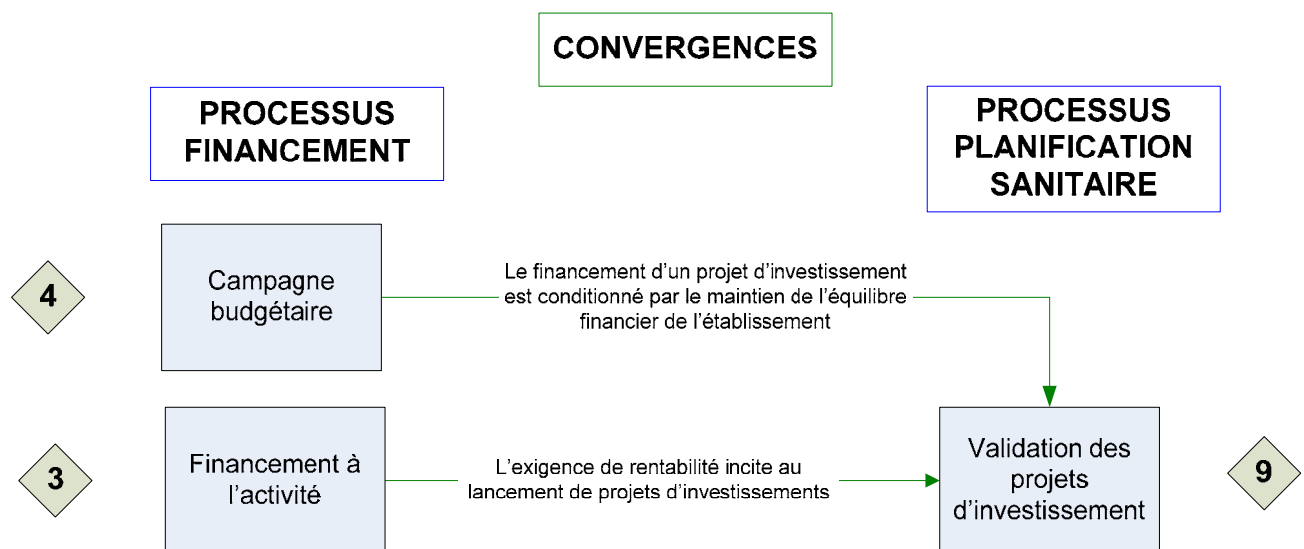
Pour l'ARH, le CPOM reste un outil utile pour formaliser les obligations de l'établissement ; il doit cependant évoluer vers une dimension plus stratégique et qualitative (et moins « gestionnaire »), avec un suivi plus ciblé et des sanctions associées.

LES LIENS ENTRE FINANCEMENT T2A ET PROCESSUS DE VALIDATION DES PROJETS D'INVESTISSEMENT

Points de convergence

Vision synthétique

Les points de convergence entre ces processus peuvent être schématisés ainsi :



Analyse détaillée

Le processus d'investissement est en cohérence avec l'objectif d'équilibre financier des établissements introduit par la T2A.

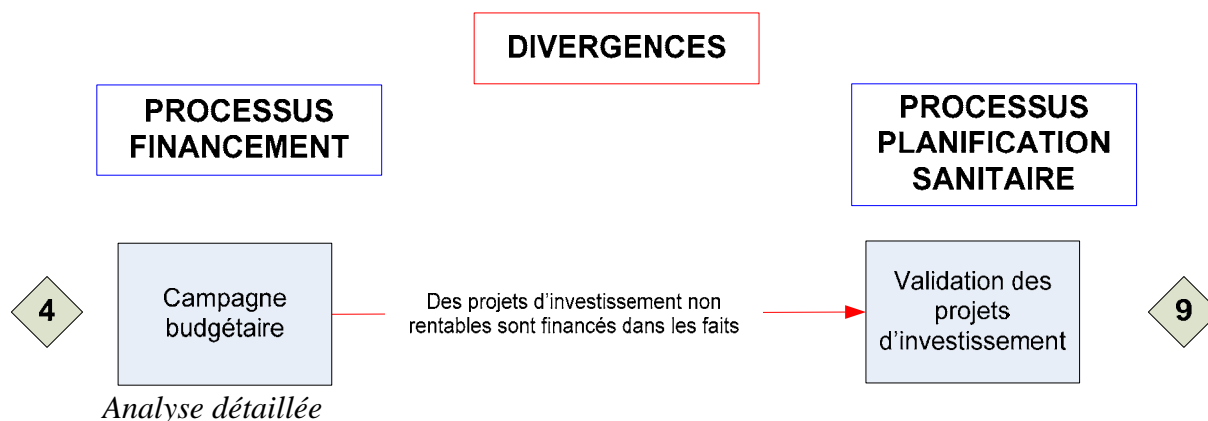
En effet, l'obligation de rentabilité incite les établissements à se lancer dans des investissements, en particulier dans le domaine des systèmes d'information hospitalier, de l'automatisation des fonctions médico-techniques (laboratoires, pharmacie déconcentrée, etc.), mais également dans le cadre de recompositions hospitalières, dont le développement est l'un des objectifs de la planification sanitaire.

Inversement, le maintien de l'équilibre financier de l'établissement est une condition d'acceptation par l'ARH de la demande de financement de l'investissement. Des outils de modélisation permettant d'estimer le « retour sur investissement » des projets sont d'ailleurs en cours de généralisation au sein des établissements et devront servir d'outil d'analyse et d'appréciation des projets d'investissements par les ARH.

Points de divergence

Vision synthétique

Les points de divergence entre ces processus peuvent être schématisés ainsi :



Cependant, dans les faits, le maintien de l'équilibre financier de l'établissement ne se révèle pas toujours un critère d'acceptation du projet d'investissement par l'ARH.

En effet, l'expérience terrain montre que certains projets d'investissement ont pu être financés alors que le projet n'était pas rentable. De nombreux facteurs peuvent expliquer ce type de situations, au premier rang desquels l'influence de certains élus sur les décisions.

Le caractère relativement récent de la réforme de la T2A peut également expliquer cette contradiction : ainsi, un projet d'investissement décidé dans le système de financement sous dotation globale est aujourd'hui analysé au travers des flux prévisionnels d'activité valorisés selon le système de financement à l'activité.




Illustration : Franche-Comté

La Franche-Comté est confrontée à ce conflit potentiel.

D'une part le principal critère de choix des projets d'investissement, dans le cadre de l'analyse des dossiers par le chargé de mission « Investissements » à l'ARH, est leur cohérence avec les orientations des différents plans (Plan Hôpital 2012, Plan de santé mentale 2006) et le SROS ; ainsi les projets de regroupement et de remise aux normes sont prioritaires. La capacité de l'établissement à présenter un plan de financement réaliste est également prise en compte ; cependant, la notion de « retour sur investissement » du projet n'est pas véritablement analysée faute d'outils et de méthodes permettant de prévoir et de quantifier de façon réaliste les impacts de l'investissement sur l'activité.

D'autre part, le projet de regroupement des sites de Belfort et Montbéliard sur un seul site (le site « médian »), inscrit dans le SROS, est un bon exemple de conflit sur le terrain. La fusion administrative entre les deux établissements a eu lieu ; cependant, pour des raisons politiques, les deux sites historiques ont été maintenus dans un premier temps, induisant des doublons et provoquant un déficit financier important de l'établissement. La décision de réorienter ou fermer les deux sites et de construire le site « médian » est aujourd'hui actée mais il est peu probable que l'établissement soit en mesure de supporter le coût de l'investissement ainsi que les coûts induits par la réorientation ou la fermeture des deux sites.

De nombreux audits financiers ont été menés, par l'ARH, la Mission d'expertise économique et financière (MEEF), la CRAM et la Cour des Comptes. Le dossier est en cours d'arbitrage au Cabinet du Ministre. Il est probable que le projet de construction du site « médian » sera revu à la baisse, afin de limiter le risque financier.

Cet exemple montre que, dans certains cas « politiques », seul un arbitrage à haut niveau peut résoudre le conflit entre la logique de planification et la logique financière.



Illustration : Languedoc-Roussillon

Les projets d'investissements sont étudiés soit dans le cadre de l'instruction d'un projet d'établissement (instruction commune ARH / DDASS), soit en cas de demande spécifique (notamment dans le cadre des différents Plans (Plan Hôpital 2012, Plan de santé mentale 2006).

Le principal critère de choix des projets d'investissement, dans le cadre de l'analyse des dossiers par le chargé de mission « Investissements » à l'ARH, est leur cohérence avec les orientations des différents plans et le SROS ; ainsi les projets de regroupement et de remise aux normes sont prioritaires. La capacité de l'établissement à présenter un plan de financement réaliste est également prise en compte (sur la base du PGFP et si besoin d'études de la MEEF).

En cas de conflit, les solutions peuvent être :

- Un découpage de l'opération en tranches fonctionnelles,
- Des aides exceptionnelles (sur l'enveloppe AC) en dernier recours,
- Un rejet de l'opération si aucune solution de financement n'est satisfaisante.

4.3.2 L'analyse des acteurs

Quelques acteurs ont une position centrale dans les deux logiques de planification sanitaire et de régulation du financement des établissements de santé.

Il nous paraît intéressant d'étudier comment ces acteurs sont organisés pour mettre en œuvre les différents processus dans le cadre des deux démarches et, le cas échéant, pour garantir une cohérence dans les décisions prises.

LA DHOS

La DHOS est organisée en deux pôles : « Professions de santé et affaires générales » et « Organisation des soins, établissements et financement ».

Le pôle « Professions de santé et affaires générales » n'est pas concerné par cette étude car il n'intervient pas directement sur les processus dont nous étudions l'enchaînement et les interconnexions.

Le pôle « Organisation des soins, établissements et financement » quant à lui est pleinement impliqué. Il est composé de trois sous-directions, dont deux qui nous intéressent plus particulièrement dans le cadre de cette étude.

La sous-direction de l'organisation du système de soins (SDO) est responsable de la conception du cadre national de planification sanitaire (qui est ensuite mis en œuvre au niveau des ARH) et la sous-direction des affaires financières (SDF), en lien avec la MT2A, est responsable de la régulation financière des établissements de santé.

La question de l'articulation entre ces deux-sous directions se pose (en dehors des réunions de direction regroupant les sous-directeurs). En effet, il paraît important de savoir dans quelle mesure la fixation des tarifs, étant donné son caractère parfois « politique » d'incitation au développement de certaines activités, peut prendre en compte les priorités définies dans le cadre de la planification sanitaire.

Illustration : DHOS

Les sous-directions O et F travaillent en étroite collaboration au quotidien ; leur appartenance au même pôle, sous la responsabilité d'un même chef de service, favorise les échanges.

Un certain nombre de sujets relevant à la fois de l'organisation des soins et du financement des établissements nécessitent une collaboration particulière :

- La justification de l'ONDAM : un travail spécifique de chiffrage du coût des SROS a été mené en 2006, afin de mesurer les besoins de financement générés par les SROS ; ce chiffrage a été utilisé comme base de justification pour le vote de l'ONDAM.
- Les autorisations : dans la mesure où une autorisation vaut droit à financement, le cadre juridique et administratif de l'autorisation (conditions d'implantation, conditions techniques de fonctionnement, seuils...) doit être construit en tenant compte des implications en termes de financement.
- Les groupements de coopération sanitaire (GCS) : la mise en place des GCS pose à la fois la question de leur place dans l'offre de soins et de leur mode de financement.

Les travaux sur l'évolution de la nomenclature et des tarifs des GHS prennent également en compte les orientations en matière d'organisation des soins, comme nous l'avons indiqué plus haut (développement de la chirurgie ambulatoire, rééquilibrage de l'offre d'obstétrique...).

LES ARH

Organisation

L'analyse de l'organisation et de la composition des « équipes restreintes » (en particulier les chargés de missions) qui entourent les Directeurs d'ARH peut constituer un indicateur intéressant du degré de séparation des tâches entre les acteurs et du degré de cohérence entre les politiques²⁸.

L'étude des organigrammes des différentes ARH met d'abord en évidence une grande hétérogénéité d'organisation. La logique de répartition des tâches entre les pôles et/ou les chargés de mission varie fortement d'une ARH à l'autre. Il n'y a pas non plus d'homogénéité dans les fonctions des différents chargés de mission.

La plupart des ARH sont organisées selon une **logique thématique** : SROS, Réseaux de santé, Investissement, Systèmes d'information hospitaliers, Allocation des ressources et contrôle budgétaire, Ressources humaines... ; c'est le cas de l'ARH Ile-de-France. D'autres ont une **organisation « mixte »**, comme l'ARH Picardie. Cette ARH est notamment structurée autour d'un pôle « Établissements de santé » qui traite de toutes les questions relatives aux établissements de santé : « Suivi et renouvellement des autorisations », « Instruction, suivi et évaluation des CPOM », « Campagne tarifaire et budgétaire », « Allocation des ressources », « Instruction, suivi et évaluation des plans d'investissement »... Les autres pôles sont thématiques : « Politique médicale régionale, sécurité et qualité des soins », « Systèmes d'information », « Investissement régional, plans directeurs et équipements hospitaliers », « Personnels et relations sociales »...

Une seule, l'ARH Centre, est organisée selon une **logique territoriale**.

Néanmoins, nous notons que dans la plupart des cas, la fonction de planification et la fonction financière (allocation des ressources, contrôle de gestion, politique budgétaire et financière...) sont séparées.

²⁸ Notre analyse est issue des éléments disponibles sur les sites internet des différentes ARH ; nous ne disposons d'aucune information sur l'organisation des ARH Bourgogne, Bretagne, Limousin, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Les monographies régionales ont été l'occasion d'étudier plus en détail la répartition des tâches, les modalités d'échanges entre la fonction de planification et la fonction financière, et les critères et processus de décision au sein de l'ARH.



Illustration : Franche-Comté

Chaque chargé de mission de l'ARH est compétent et spécialisé sur un domaine précis ; c'est au niveau du Directeur, dont le rôle est stratégique et décisionnaire, que se positionnent les arbitrages entre les deux logiques.

La Franche-Comté se caractérise par un partage intéressant des tâches entre l'ensemble des acteurs régionaux (ARH, DRASS, DDDAS, CRAM, DRSM), l'ARH déléguant un certain nombre de tâches :

- Ainsi, le Médecin Inspecteur Régional de la DRASS a été nommé chef de projet SROS (il n'y a pas de chargé de mission SROS à l'ARH).
- Les DDASS sont chargées de l'animation des cellules territoriales (qui étudient les projets de territoires et les CPOM des établissements) ; elles sont également responsables de la validation des projets d'établissements.
- L'Assurance maladie semble particulièrement impliquée sur les deux logiques, avec une bonne coordination entre la vision médicale de la DRSM et la vision financière et la CRAM.

De plus, un certain nombre d'instances de coordination ont été mises en place :

- La Commission Régionale d'Investissement regroupe le chargé de mission « Investissements » de l'ARH, le conseiller médical de l'ARH, la DRASS et les DDASS, pour l'étude des dossiers d'investissements (avant passage en COMEX).
- Les cellules territoriales regroupent le conseiller médical de l'ARH, le médecin-inspecteur de la ou des DDASS du territoire, un chargé de mission hospitalière de la CRAM, un médecin conseil de l'Assurance maladie, sous la responsabilité du directeur de la DDASS, pour l'étude des projets de territoire et l'élaboration des CPOM.

En conclusion, l'organisation de la planification et du financement en Franche-Comté est caractérisée par une très forte coordination entre les acteurs, initiée par l'ARH qui a un rôle de synthèse et d'animation des différents organismes de tutelle (répartition des compétences et animation de réunions de synthèse). Cette organisation permet à chaque acteur de se concentrer sur son rôle (dans une logique spécifiquement planification ou financement), l'ARH jouant le rôle d'arbitre lorsque des conflits se présentent. Dans les faits, la transparence d'information et les nombreuses instances de coordination permettent de limiter le nombre de conflits et de prendre en compte dans les décisions régionales un équilibre entre les impératifs de la planification et les limites imposées par le financement.



Illustration : Languedoc-Roussillon

L'ARH est organisée selon une logique matricielle, chaque chargé de mission ayant en charge un thème (par exemple : campagne et suivi budgétaire, investissements...), un territoire et un sujet médical (par exemple : soins palliatifs, urgences, etc.). Chaque chargé de mission a donc une vision transversale du territoire, est impliqué sur différents dossiers et participe aux réflexions globales sur la région.

L'organisation interne de l'ARH ne confirme donc pas la vision théorique d'une séparation des fonctions planificatrice et financière, puisque le DARH privilégie et anime les échanges entre les chargés de mission, favorisant ainsi l'émergence d'une vision globale et partagée des établissements et des problématiques.

Le Languedoc-Roussillon se caractérise par une répartition des actions entre l'ensemble des acteurs régionaux (ARH, DRASS, DDAAS, CRAM, DRSM) :

- L'Assurance maladie, et notamment la DRSM, joue un rôle important de mise à disposition d'éléments d'analyse pertinents, du fait de sa maîtrise des données d'activité des établissements. Ces données ont notamment été utilisées dans la construction des OQOS : le nombre de séjours initiaux a été retraité de l'ensemble des séjours frontalières déclassés lors du contrôle de conformité T2A. Ce travail a permis de définir des valeurs pertinentes pour les OQOS de territoire et leur déclinaison dans les contrats des établissements. De plus, un certain nombre d'anomalies (par exemple, un taux élevé de séjours d'un jour en hospitalisation complète) ont été détectées, permettant de définir des orientations pertinentes en matière d'offre de soins.
- La DRASS est impliquée dans l'instruction de l'EPRD, ainsi que dans le travail d'analyse des situations financières des établissements mené par l'ARH. Les DDASS sont traditionnellement impliquées dans l'élaboration et le suivi des CPOM des établissements publics.

De plus, l'ARH a mis en place un certain nombre de structures d'échanges qui permettent un travail en collaboration avec les différents acteurs régionaux, notamment :

- Un travail spécifique sur l'analyse des situations financières des établissements : dans le cadre du processus budgétaire, une série de réunions est organisée chaque année depuis plusieurs années (indépendamment de la réforme de la T2A) par l'ARH (chargés de mission campagne budgétaire et contrôle de gestion) avec les inspecteurs des DDASS, la CRAM, et la chargée de la politique hospitalière de la DRASS, pour analyser les situations budgétaires et financières d'un certain nombre d'établissements ciblés au préalable. L'objectif est triple :
 - o Echanger avec les différents acteurs sur leur vision des établissements
 - o Identifier les établissements correspondant aux critères du CREF, et préparer les démarches de retour à l'équilibre
 - o Préparer l'instruction de l'EPRD de ces établissements, avec une vision sur la compatibilité des prévisions avec le projet d'établissement et les OQOS.
- Un travail collaboratif sur l'évaluation des CPOM : l'évaluation des CPOM est confiée aux DDASS pour les établissements publics et à la CRAM pour les établissements privés. L'ARH cible quelques établissements à enjeux pour lesquels une évaluation plus poussée est réalisée, conjointement avec les DDASS ou la CRAM.

En conclusion, l'organisation interne de l'ARH ne confirme pas la vision théorique d'une séparation des fonctions planificatrice et financière, puisque le DARH privilégie et anime les échanges entre les chargés de mission, favorisant ainsi l'émergence d'une vision globale et partagée des établissements et des problématiques.

La répartition des fonctions entre les différents acteurs régionaux préfigure en quelque sorte l'ARS, avec :

- une équipe rapprochée autour du DARH, qui conserve une vision stratégique prospective et d'ensemble de l'organisation des soins dans la région,
- des services animés par l'ARH, qui ont pour rôle d'être plus proches des établissements et de leur apporter un suivi individuel.

Rôle

Par ailleurs, un certain nombre de constats sur la position et l'action des ARH vis-à-vis des établissements ont été formulés par la mission IGAS-IGF réalisée dans le cadre d'un audit de modernisation sur « les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières »²⁹.

Le rapport rappelle les missions des ARH :

- ✓ Définir la politique régionale d'offre de soins hospitaliers,
- ✓ Assurer la tutelle des établissements de santé,
- ✓ Participer à la fonction de pilotage des établissements, la DHOS déterminant les objectifs et les politiques et les ARH assurant le suivi de leur mise en œuvre.

L'audit met en évidence une prépondérance du rôle de planification de l'offre par rapport au rôle de pilotage, les ARH « *ne concevant pas leur mission au quotidien en fonction de l'amélioration de la performance hospitalière* ». Or, si la T2A a conduit à une recentralisation de la fonction financière (les tarifs étant désormais fixés au niveau national) et à une réduction de la marge de manœuvre d'ajustement des ARH, elle « *renforce le besoin d'un suivi de la performance et de l'efficience hospitalières* ». Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des établissements de santé publics et privés est d'ailleurs l'un des objectifs de la mise en place de la T2A, comme nous l'avons rappelé plus haut.

Les ARH ne disposent cependant pas aujourd'hui des outils nécessaires au pilotage. Ceci est lié pour partie au fait que les bases de données nationales ne permettent pas suffisamment aujourd'hui de situer la performance des établissements de leur région par rapport à une référence ainsi qu'à l'absence d'outils d'aide à la décision.

De plus, le rapport de la mission IGAS-IGF fait état de l'insuffisance du processus de contractualisation dans sa forme actuelle : la contractualisation n'est pas utilisée comme un levier d'amélioration de la performance des établissements ; les indicateurs médico-économiques prévus pour évaluer les CPOM sont encore parcellaires, hétérogènes et peu coordonnés.

Il convient cependant de noter la création récente de postes de chargés de mission interrégionaux « *efficience des organisations hospitalières* » en ARH, en relation directe avec le niveau national : c'est le cas pour les ARH Basse-Normandie / Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Alsace / Lorraine / Champagne-Ardenne, Auvergne, PACA / Corse.

On peut également souligner la présence, dans certaines ARH, de chargés de mission « *contrôle de gestion* » (Aquitaine, Ile-de-France, Champagne-Ardenne, Lorraine, Picardie). Ces évolutions témoignent d'une prise en compte progressive des enjeux de pilotage de l'efficience médico-économique des établissements, indispensables dans un contexte de T2A.

²⁹ Mission d'audit de modernisation, Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières, IGAS-IGF, avril 2007.

Pour garantir la prise en compte par les ARH de leur positionnement en tant qu'acteurs régionaux de la régulation financière, la mission IGAS-IGF recommande la mise en place, par chaque ARH et de façon homogène au sein du réseau des ARH, d'un tableau de bord régional et de tableaux de bord par établissement, avec des indicateurs couvrant l'ensemble des missions des ARH : planification de l'offre, allocation des moyens et pilotage de la performance³⁰. Les ARH doivent désormais s'approprier une fonction de pilotage médico-économique grâce à laquelle elles pourront garantir la cohérence de leur action dans le cadre des différentes missions dont elles ont la responsabilité.

Par exemple, les ARH, en disposant de véritables outils d'évaluation médico-économiques, pourraient plus facilement justifier et imposer des refus d'autorisation pour certaines activités ; elles pourraient également déterminer des objectifs quantifiés de l'offre de soins en meilleure adéquation avec la réalité médico-économique de chaque établissement.

Il est intéressant de noter l'initiative récente de dix ARH (Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Île-de-France, Rhône-Alpes, Franche-Comté, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Pays-de-Loire) de mettre en place une « plateforme décisionnelle partagée » visant à fournir aux ARH un socle commun d'indicateurs et de tableaux de bords régionaux et des outils d'élaboration d'indicateurs personnalisés par région.

Cette initiative met en évidence l'insuffisance ou la sous-utilisation des outils et des sources d'information disponibles, pour l'ensemble des acteurs, alors même que les besoins d'information sont toujours plus importants, à la fois pour les tutelles (ARH et DHOS) et pour les établissements, qui souhaitent pouvoir se positionner dans l'environnement concurrentiel instauré par la T2A.

³⁰ La mission propose ainsi une trentaine d'indicateurs regroupés en 4 catégories : activité et insertion des établissements dans leur environnement, équilibre financier, efficacité de l'organisation et qualité.



Illustration : Franche-Comté

Les attentes des établissements vis-à-vis de l'ARH

Les établissements rencontrés attendent de l'ARH un rôle de :

- Conseil sur les gisements d'efficience : aujourd'hui, les établissements recourent à des cabinets de conseil pour travailler sur les synergies et l'optimisation de l'organisation (c'est le cas du CH de Dole et de la Clinique Saint-Martin). L'ARH pourrait aider les établissements, sur la base d'analyses médico-économiques réalisées par ces derniers, à cibler les domaines où des économies et des synergies sont à développer ; le CPOM pourrait être utilisé comme levier d'incitation des établissements à agir sur ces domaines identifiés.
- Animation de réseau : l'ARH joue déjà ce rôle sur la problématique des achats (animation d'un groupe de travail régional, financement de formations au bénéfice des établissements) ; ce rôle d'animation pourrait être élargi à d'autres domaines, sur l'ensemble des aspects liés à la recherche d'efficience.
- « Benchmark » : l'ARH pourrait constituer des bases de référence sur les établissements de la région, afin d'aider les établissements à se situer par rapport à leur environnement (en termes de structure de coûts, d'effectifs, d'organisation...).

La vision de l'ARH sur son rôle

L'ARH rappelle qu'elle ne doit pas se substituer aux établissements dans l'analyse de leur activité et de leurs points forts et points faibles ; c'est la responsabilité de l'équipe de direction de chaque établissement.

Elle partage la vision des établissements sur son rôle de conseil, d'animation de réseau et de benchmark, à condition de disposer d'informations sources et d'outils plus fiables et réguliers.

Elle prend la mesure de son rôle renforcé en matière de pilotage médico-économique. L'ARH travaille d'ailleurs actuellement à la mise en place d'un tableau de bord de pilotage des établissements, qui sera facilité par la plateforme EMOSIST à laquelle participe l'ensemble des établissements publics et privés (sauf un) de la région.

Elle participe également à un projet commun avec neuf autres ARH de mise en place d'une plateforme décisionnelle partagée.

L'ARH attend elle-même de la part de la DHOS un rôle renforcé d'animation du réseau des ARH.



Illustration : Languedoc-Roussillon

Les attentes des établissements vis-à-vis de l'ARH

Les établissements rencontrés attendent de l'ARH :

- Qu'elle ne doit pas être enfermée dans un rôle d'arbitre, mais qu'elle anticipe les conflits en échangeant avec les établissements et en les aidant à se positionner sur le territoire : l'ARH doit avoir un rôle résolument prospectif, prévoyant les conflits et privilégiant un rôle de conseil, d'accompagnement et de pédagogie vis-à-vis des établissements.
- Qu'elle apporte des éléments de comparaison sur les établissements de la région (voire d'autres régions si possible) : certains établissements disposent aujourd'hui d'éléments de comparaison avec des établissements similaires dans d'autres régions (par exemple, le CRLC au travers des indicateurs de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) ; toutefois, des comparaisons avec des établissements de la région, ainsi que, pour tous les établissements, la mise à disposition de données sur des établissements comparables dans d'autres régions, seraient les bienvenues.
- Qu'elle ait un rôle plus incitatif et contraignant : l'ARH doit se positionner comme l'instance de décision supérieure de la région et donc disposer de moyens de contraindre les établissements qui se montrent récalcitrants à la mise en œuvre des décisions d'organisation.

La vision de l'ARH sur son rôle

L'ARH doit conserver une vision régionale, stratégique, et pour cela ne pas trop intervenir sur des problématiques spécifiques d'établissements – pas d'ingérence dans la gestion des établissements. Cette vision stratégique nécessite de s'appuyer sur des outils de comparaison nationaux, à ce jour insuffisamment développés.

L'ARH doit jouer un rôle de facilitateur et d'impulsion d'une logique territoriale et de prise en charge globale du patient, au travers notamment de la promotion de filière de soins complète – action de coopération entre établissements et de reconversion si nécessaire – et réflexion avec les établissements sur la notion d'hospitalisation évitable / efficiente (« le bon patient avec les bons soins dans la bonne structure »).

Enfin, l'ARH se positionne par rapport aux établissements dans un jeu de pilotage contractualisé : la relation avec les établissements repose sur un équilibre entre une relation de confiance *a priori* et un statut de tutelle qui sanctionne *a posteriori* – ne pas s'immiscer dans la gestion mais être vigilant sur les résultats.

5. Analyse des expériences étrangères

Nous présentons ici une synthèse des enseignements de l'étude des systèmes de santé allemand, anglais et italien. Cette partie porte une attention particulière aux réponses apportées dans ces systèmes aux conflits relevés dans l'étude théorique sur le cas français, ainsi qu'aux différentes bonnes pratiques qui pourraient constituer des éventuelles pistes de réflexion pour le système français.

Les conclusions de l'étude internationale sont données ici à titre d'exemple, avec toutes les réserves concernant leur possible application au système français, du fait des nombreuses différences qui existent entre les différentes organisations de la santé.

L'étude complète est présentée en annexe³¹ de ce document. Elle contient notamment des éléments de comparaison entre les systèmes de santé afin de pouvoir mieux appréhender les possibles transpositions d'un système à l'autre.

³¹ Voir annexe 6.

5.1 Présentation des systèmes de santé étudiés

Afin de permettre une bonne compréhension des conclusions de l'étude internationale, nous présentons ici une les principales caractéristiques des systèmes de santé.

5.1.1 Allemagne

Organisation du système de santé

Les principaux acteurs sont :

- ✓ Le gouvernement fédéral, responsable de toutes les questions relatives à l'accès aux soins, l'Assurance maladie, la régulation et le financement de l'offre de soins,
- ✓ Le gouvernement des *Land*, en charge du maintien de l'infrastructure hospitalière, à travers la planification hospitalière et le financement des investissements hospitaliers,
- ✓ Les Caisses d'Assurance maladie, organisées au niveau régional : elles perçoivent une contribution financière de leurs membres et négocient les budgets des établissements dans le cadre de contrats individuels,
- ✓ Les établissements sont de trois types : établissements publics (appartenant généralement à des communes), établissements privés à but non lucratif (appartenant notamment à des communautés religieuses), établissements privés à but lucratif.

Planification sanitaire

L'offre de service du secteur hospitalier est régulée :

- ✓ d'une part par les plans hospitaliers élaborés par le gouvernement de chaque *Land*,
- ✓ et d'autre part par les négociations entre les caisses d'Assurance maladie et chaque établissement de santé, les caisses d'Assurance maladie devant contractualiser avec chaque établissement de santé intégré à un plan hospitalier, avec une revue annuelle possible.

Les critères, méthodes et unités de planification varient fortement d'un *Land* à l'autre. La plupart des plans hospitaliers sont élaborés pour une durée de 5 ans.

Financement de l'activité

L'introduction d'un système de paiement prospectif en Allemagne date de 2003, avec une phase de transition jusqu'en 2009.

Un calcul annuel des coûts, réalisé par des hôpitaux volontaires (328 établissements en 2008), permet de définir le poids relatif de chaque DRG au niveau national. Un « tarif » de base par DRG est défini pour chaque *Land* en fonction de sa structure budgétaire, à partir du poids relatif national du DRG. Un « tarif » spécifique par DRG est également défini pour chaque établissement en fonction de son case-mix et sur la base du poids relatif national du DRG.

Pendant la phase de convergence, chaque établissement négocie son budget avec les caisses d'Assurance maladie, sur la base d'une combinaison de son index spécifique et de l'index régional, avec une augmentation croissante de la part du tarif régional, jusqu'à parvenir à un tarif unique pour l'ensemble des établissements d'un même *Land*.

5.1.2 Angleterre

Organisation du système de santé

Les principaux acteurs sont :

- ✓ Le gouvernement central qui vote le budget national dédié à la santé et dont le Ministère de la Santé est en charge de déterminer les grandes directives pour l'organisation des soins.
- ✓ Le NHS, National Health Service, comparable à la Sécurité sociale française, qui organise le système de santé, distribue les financements et possède des établissements de soins. Le NHS est organisé sur trois niveaux : un échelon national, un échelon régional qui prend les décisions stratégiques et un échelon local (appelé PCT) qui joue le rôle de commanditaire de l'offre de soins et suit les établissements de santé de son territoire.
- ✓ Les établissements sont de trois types : les NHS trusts (établissements publics dépendant du NHS), les Foundation trusts (anciens NHS trusts devenus autonomes) et une offre privée.

Planification sanitaire

Il n'existe pas de forte tradition de planification en Angleterre. Le gouvernement anglais avait un rôle de « régulateur » du système. En revanche, depuis son élection en 1999, le gouvernement travailliste a développé un véritable système de planification.

Les acteurs principaux en sont l'échelon local du NHS (PCTs), qui est en charge d'évaluer les besoins de la population et de « commander » l'offre de soins correspondante (à la fois en termes de quantité demandée et de niveau de qualité exigé).

Les établissements et les PCTs signent des contrats de trois ans qui définissent le niveau d'activité et de qualité. Les prévisions d'activité sont revues tous les ans.

Financement de l'activité

L'introduction d'un système de paiement prospectif en Angleterre date de 2003, avec une phase de transition jusqu'en 2008 consistant à augmenter progressivement le nombre d'activités et le nombre d'établissements concernés.

Les tarifs sont fixés au niveau national et reflètent la moyenne des coûts observés sur tous les établissements (coûts relevés annuellement sous la forme de coûts par séjour).

Le gouvernement national vote un budget national (couvrant tous les domaines de santé), qui est réparti entre les régions en fonction de critères démographiques et épidémiologiques. L'enveloppe régionale est répartie entre les PCTs sur des critères également démographiques,

puis distribué aux acteurs de santé sous la forme de financement à l'activité et d'enveloppes complémentaires pour les établissements.

5.1.3 Italie

Organisation du système de santé

Les principaux acteurs sont :

- ✓ Le gouvernement national italien, qui vote le budget global alloué à la santé et mène des actions de prévention et de santé publique.
- ✓ Les gouvernements régionaux, qui ont la responsabilité de la régulation, de la planification et de l'organisation des soins, dans le cadre d'un certain « fédéralisme ».
- ✓ Au niveau local, chaque région est elle-même découpée en territoires de santé, à la tête desquels une « unité sanitaire locale » fournit des soins directement ou par l'intermédiaire d'hôpitaux publics autonomes et de fournisseurs de soins privés qu'elle finance.
- ✓ Le Servizio Sanitario Nazionale (SSN), organisme de sécurité sociale unique, en charge de la gestion d'un réseau d'établissements.
- ✓ Les établissements sont de trois types : hôpitaux publics (appartenant aux unités sanitaires locales), hôpitaux publics autonomes (spécialisés et indépendants des unités sanitaires locales) et des fournisseurs de soins privés accrédités (réalisant des soins ambulatoires ou hospitaliers financés par le SSN et autorisés et accrédités par les gouvernements régionaux).

Planification sanitaire

Un plan tri-annuel est élaboré au niveau national puis décliné au niveau régional puis local, les Unités Sanitaires Locales répartissant en dernier lieu l'activité planifiée aux différents types d'établissements de leur territoire de santé.

Le gouvernement régional contractualise annuellement avec les unités sanitaires locales, qui elles-mêmes contractualisent avec les établissements privés accrédités ; les hôpitaux publics autonomes établissent un plan stratégique cohérent avec le plan sanitaire régional.

Financement de l'activité

L'introduction d'un système de paiement prospectif en Italie date de 1995, sans phase de transition. Les premiers tarifs nationaux ont été publiés en 1997.

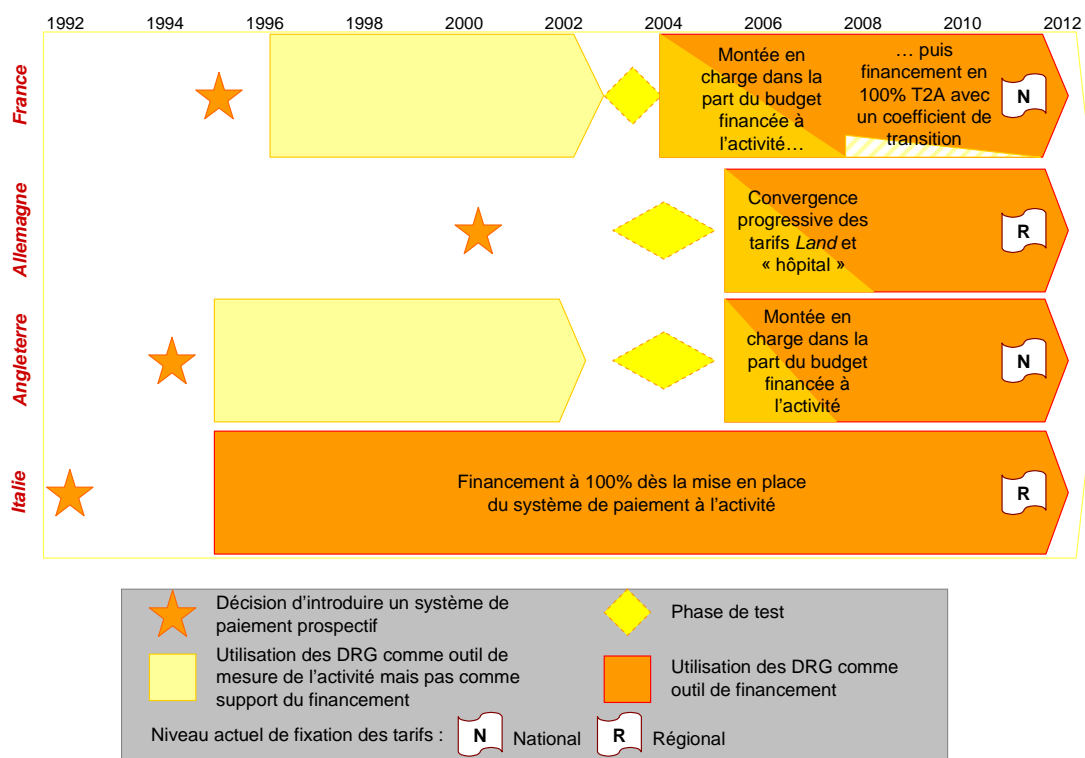
Les tarifs ont d'abord été fixés au niveau national (sur la base d'une classification nationale), avec une possibilité d'ajustement au niveau régional. Depuis 1999, les tarifs sont fixés au niveau régional.

Le budget national dédié à la santé est déterminé annuellement et réparti entre les régions dans le cadre de négociations entre le Ministère de la santé et les gouvernements régionaux, sur la base de critères liés à la population couverte et à ses besoins de santé.

Les régions sont libres de financer des services complémentaires (au-delà du panel de soins minimum garantis) sur la base d'une taxation régionale. Elles peuvent également compléter le financement des unités sanitaires locales, y compris pour des activités financées sur la base des DRGs.

5.1.4 Synthèse de l'historique du financement à l'activité dans les pays étudiés

Le schéma ci-dessous récapitule les dates et les modalités d'introduction d'un système de financement à l'activité dans les différents pays étudiés.



5.2 Objectifs des systèmes de planification sanitaire et de financement des établissements de santé

Chacun des systèmes allemand, anglais et italien connaît la même dualité que le système de santé français : d'une part une volonté politique, plus ou moins centralisée, de planifier l'offre de soins, et d'autre part un mécanisme de paiement « à l'activité », d'inspiration plus libérale.

Planification sanitaire

Les systèmes de santé français, allemand, anglais et italien se rejoignent sur un objectif prioritaire du système de planification sanitaire et un fondement de tous les systèmes de santé étudiés : **garantir une égalité d'accès aux soins** (avec une acception de l'égalité aux soins particulière pour l'Angleterre) ; l'objectif d'offrir à chaque habitant une offre de soins minimale, de bonne qualité et à un coût raisonnable est partagé par tous. Les systèmes sont

donc bien comparables sur ce point, dans le sens où ils subissent tous les contraintes de coût et d'organisation similaires.





La **garantie de la qualité des soins** est également un objectif majeur, poursuivi selon des stratégies différentes. En France, la garantie d'un haut niveau de qualité passe par la coopération entre établissements, qui permet de maintenir des compétences et des capacités suffisantes. En Allemagne et en Angleterre, des contrôles stricts permettent d'évaluer le niveau de qualité. En Italie, en revanche, il semble que le système de santé, en distinguant des hôpitaux de pointe et des hôpitaux locaux avec des niveaux d'équipement très variable, ne permette pas de garantir un niveau de qualité homogène entre les établissements.

Dans tous les pays étudiés, la planification sanitaire vise à **trouver la juste organisation pour offrir à toute la population des soins adaptés**. En Angleterre, cette juste organisation est garantie par la loi du marché, qui régule automatiquement le système. En Allemagne, ce sont les méthodes d'évaluation des besoins de santé qui permettent de déterminer le bon niveau d'offre de soins en fonction des territoires ; l'optimisation de l'organisation des soins passe également par le développement des coopérations entre le secteur hospitalier et les soins de ville. En France, les coopérations entre acteurs de santé sont également privilégiées ; cependant, l'optimisation de l'organisation de l'offre de soins se heurte à des freins politiques et culturels, ce qui est également le cas en Italie.

Mode de financement des établissements de santé



L'ensemble des pays étudiés s'accorde sur le fait que l'un des objectifs principaux de l'introduction d'un système de paiement prospectif est la **limitation des dépenses de santé** : devant l'augmentation importante des coûts du système de santé, les pays ont réagi en modifiant profondément le mécanisme de financement.

Les résultats observés et leur explication diffèrent en revanche :


	En France , où le système de tarification à l'activité est encore récent, il n'a pas (encore) été observé de réduction conséquente des dépenses de santé. Sans doute le manque de recul des établissements et l'adaptation en cours des différents outils de gestion expliquent-ils en partie ce retard dans l'effet escompté.
	En Allemagne , les dépenses de santé sont contraintes de manière autoritaire afin de respecter les cotisations des affiliés aux caisses d'Assurance maladie – le budget total alloué à la santé est ainsi plafonné, ce qui oblige les hôpitaux à limiter leurs dépenses. Toutefois, certains signes montrent que ce système atteint actuellement ses limites, notamment la réduction très importante du niveau d'investissement.
	En Angleterre , le gouvernement s'est fixé un objectif de réduire les coûts de santé de 2 à 3 % par an. Afin d'atteindre ce résultat, la méthode employée est relativement stricte. D'une part, dans le cadre de la révision annuelle de la nomenclature et des tarifs, le gouvernement calcule les évolutions tarifaires de chaque DRG, en prenant en compte l'inflation, les coûts salariaux, le coût du capital, le coût des médicaments, l'évolution des pratiques... ; l'augmentation ainsi obtenue est, de façon volontariste, minorée de 3 %, qui correspondent à la marge d'efficience que les établissements doivent rechercher. D'autre part, lorsqu'un hôpital démontre qu'il est possible de traiter une pathologie à des coûts moindres, par une amélioration des techniques de prise en charge ou par un nouveau traitement, les tarifs nationaux sont réduits d'autant, obligeant ainsi l'ensemble des établissements du pays à appliquer ces techniques. ³²
	Enfin, en Italie , la mise en place de la tarification à l'activité n'a pas suffi à contrer les pressions externes sur les coûts, salariaux notamment.

Conflits entre les objectifs de planification sanitaire et ceux du financement à l'activité.

Dans tous les pays étudiés, comme en France, on constate un conflit théorique entre l'objectif de **réduire les dépenses de santé** et celui de **garantir un égal accès aux soins pour tous**.

	En Allemagne , une problématique majeure concerne la couverture complète du territoire. Afin de maintenir une offre suffisante dans les régions isolées, des enveloppes spécifiques sont accordés aux établissements en complément du financement à l'activité. Ce dispositif présente toutefois le risque d'une inégalité entre les régions, puisqu'il est financé à partir d'enveloppes régionales particulières, et toutes les régions ne sont pas à même d'apporter le même niveau de compléments.
	Cette problématique est traitée sous un angle très différent en Angleterre : en effet, pour tous les soins non urgents, le système anglais privilégie la mise en place de « centres d'excellence » spécialisés plutôt que des établissements polyvalents sur tout le territoire. Assurer l'égalité d'accès aux soins revient donc à vérifier que tous les patients peuvent être traités dans des délais raisonnables dans un établissement du pays (en remboursant des frais de transport si le patient doit parcourir une longue distance).

³² L'information dont nous disposons ne permet pas de dire quelle part des évolutions tarifaires correspond à la prise en compte de ces améliorations. Tout ce que nous pouvons dire est que l'évolution des tarifs prend en compte des recommandations de l'organisme NICE (National Institute for Clinical Excellence) par rapport à l'évolution des pratiques médicales et à leur impact sur les coûts.




	<p>En Italie, un certain nombre de fermetures d'hôpitaux publics ont été décidées par les unités sanitaires locales ou les gouvernements régionaux, afin de réduire les dépenses de santé. Ces fermetures ont pour conséquence une focalisation des « petits » hôpitaux publics sur des activités pour lesquelles ils ont une bonne rentabilité (volumes d'activité importants).</p> <p>Cette évolution, qui pourrait nuire à l'égalité de l'accès aux soins, intervient cependant dans un système de régulation globale de l'offre de soins, basée sur un équilibre entre les différents types d'établissements. En effet, l'offre de services hautement spécialisés et de services d'urgences est prise en charge par les hôpitaux publics autonomes ; les hôpitaux publics locaux se concentrent sur des activités plus « basiques » et pour lesquelles ils ont une bonne rentabilité ; enfin, les établissements privés constituent une variable d'ajustement de l'offre de soins globale, dans la mesure où le système d'accréditation des établissements privés est basée sur la valeur ajoutée que leur intégration à l'unité sanitaire locale apporterait au regard de l'offre existante. Cependant, l'égalité d'accès aux soins ne s'applique pas de façon homogène sur l'ensemble du territoire italien, la liberté des régions en matière de taxation régionale entraînant de fait des inégalités sanitaires entre les régions, avec une division Nord-Sud assez marquée, les régions du Sud étant moins bien dotées en termes d'offre, de qualité et d'accessibilité.</p> <p>On constate des différences importantes de tarifs entre les régions. Ainsi, pour les 7 régions ayant un tarif unique par DRG (indépendant du type d'établissement), le tarif moyen du DRG (moyenne des tarifs des 495 DRGs) était, en 2003, de 3 055 euros en Sardaigne, 3 357 euros dans les Abruzzes, 3 663 euros en Calabre, 3 793 euros en Vénétie, 4 127 euros en Ligurie et 4 287 euros en Latium (valeur non connue pour le Val d'Aoste).³³ Pour les régions ayant un tarif différent selon les structures (selon son statut public ou privé et/ou le degré de complexité de son case-mix et/ou la présence ou non d'un service d'urgence...), le tarif moyen du DRG peut varier de 3 330 euros pour un établissement public de « faible complexité » dans les Pouilles, à 4 901 euros pour un établissement public (sans distinction de niveau de complexité) dans les Marches ; pour un même degré de complexité (faible), le tarif moyen du DRG pour un établissement privé peut varier de 2 392 euros en Campanie à 3 698 euros en Sicile.</p> <p>Les inégalités régionales ne concernent pas seulement les tarifs. Ainsi, la dépense de santé par habitant, qui atteint un peu moins de 1 300 euros pour l'ensemble de l'Italie est beaucoup moins élevée dans les régions du Sud que dans les régions du Nord : d'à peine plus de 1 000 euros en Sicile et d'environ 1 100 euros en Calabre et dans les Pouilles, elle atteint presque 1 600 euros dans la province de Bolzano et dépasse 1 300 euros en Ligurie.</p> <p>Il existe également des différences importantes dans la fourniture des soins et le partage entre secteur public et privé : ainsi, dans la province de Bolzano, le secteur public fournit 91 % des soins alors qu'en Sicile, il n'en réalise que 44 %, 40 % étant assurés par le secteur privé conventionné.</p> <p>Les taux d'hospitalisation sont aussi beaucoup plus élevés dans le Sud que dans le Nord du pays, passant de 261 pour 1000 en Sicile à 173 en Frioul Vénétie Giulia et 176 au Piémont. En revanche, les régions du Nord ont beaucoup plus recours aux soins ambulatoires spécialisés que les régions du Sud.</p> <p>Enfin, les migrations de malades du Sud vers les hôpitaux du Nord, particulièrement vers la Lombardie, la Vénétie et l'Émilie Romagne restent très importantes puisqu'elles concernent environ un million de personnes chaque année³⁴.</p>
--	--

Un autre conflit commun entre les pays est ressenti entre l'objectif de **réduire les dépenses de santé** et celui de **garantir un bon niveau de qualité des soins**.

³³ Sources : Fichiers des tarifs 2003, fournis par le correspondant italien du réseau Santé de PricewaterhouseCoopers.

³⁴ Sources: Revue « Études et résultats » - Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation, n° 475, mars 2006, DREES, Sylvie COHU et Diane LEQUET-SLAMA.





On observe dans tous ces pays qu'il existe des dispositifs « garde-fous », qui permettent de garantir ce niveau de qualité attendu malgré les contraintes financières fortes :

	<p>Afin de garantir un niveau de qualité, l'Angleterre a mis en place des guides de bonnes pratiques à destination des établissements de santé et des « commanditaires » de soins, afin de leur guider dans le choix des prestataires retenus.</p> <p>De plus, les contrats entre établissements et commanditaires comprennent des éléments sur la qualité, ainsi que des indicateurs permettant de suivre ces engagements. En cas de non respect, le commanditaire est libre de fixer des sanctions adéquates.</p> <p>En outre, une région teste actuellement un système de « Payment for Quality », inspiré du modèle américain, qui consiste à transformer une partie du paiement à l'acte en paiement uniquement sur des indicateurs qualité, avec une mesure très stricte adaptée à chaque pathologie.</p> <p>Enfin, la promotion des Centres d'Excellence permet de poursuivre un objectif de qualité tous en réduisant les coûts : ces centres ont pour effet de concentrer notamment les équipements et les compétences sur le territoire, réduisant ainsi mécaniquement le coût moyen de réalisation des soins tout en garantissant un haut niveau de qualité.</p>
	<p>En Italie, des fonds spécifiques peuvent être accordés aux établissements afin de garantir un certain niveau d'investissement et donc maintenir une qualité des équipements quelle que soit la situation financière globale de l'établissement. Mais là encore, comme en Allemagne, la dérive vers une inégalité entre régions est forte, car les fonds sont prélevés sur des enveloppes régionales et dépendent d'une part de la richesse de la région et de ses priorités entre ses différents champs de compétence.</p>
	<p>En Allemagne, un système de volumes minimum a été mis en place en 2003 pour un certain nombre d'activités (il s'agit aujourd'hui principalement de transplantations et de certains actes chirurgicaux, mais la liste n'est pas encore définitive). Il permet de garantir à la fois une efficacité économique (puisque les personnels et les équipements ne sont pas sous-utilisés) et une qualité des soins (puisque le personnel médical a suffisamment de pratique).</p>

5.3 Des pistes pour résoudre certains points de conflits entre planification sanitaire et financement des établissements de santé




Les pays étudiés ont mis en place des dispositifs particuliers qui font écho à certains points de conflits relevés dans le système français entre les processus de planification sanitaire et ceux de financement des établissements.

Les différents points cités dans l'étude du cas français et auxquels répondent certains dispositifs étrangers sont repris ici dans l'ordre de présentation précédent.

	<p>Convergence : En France, le maintien de certains dispositifs de financement par dotation et mixte permet de compenser, dans une certaine mesure, les contraintes engendrées par la planification sanitaire.</p> <p>Notamment, pour les établissements privés : les établissements de santé privés candidats à la participation au service public hospitalier s'engagent à satisfaire aux obligations législatives et réglementaires du service hospitalier, notamment en prenant en charge un certain nombre de missions d'intérêt général ; les candidats admis deviennent de fait éligibles à des enveloppes MIGAC.³⁵</p>
	<p>En Italie, le rôle des établissements privés dans le système d'offre de soins est encore plus encadré et fait des établissements privés une véritable variable d'ajustement du système de santé : le processus d'intégration des établissements privés au réseau du SSN est fondé notamment sur une analyse de la valeur ajoutée de cette intégration par rapport aux besoins de santé et à l'offre existante au sein d'un territoire. Les établissements privés permettent donc, dans certains cas, de combler les « manques » de l'offre publique de santé.</p> <p>Ce système fait écho à l'une des propositions du rapport Larcher, qui préconise de faire évoluer les conditions de participation des cliniques à l'offre de soins, en « <i>définissant un nouveau cadre contractuel de prise en charge du service public hospitalier par les cliniques, qui intègre des garanties en termes d'accessibilité financière et précise les pénalités</i> »³⁶.</p>
	<p>Divergence : La méthode de valorisation des tarifs des GHS induit une « forte déconnexion entre les coûts constatés et les tarifs fixés, lesquels constituent une variable d'ajustement dénuée de lisibilité et de sens pour les établissements ».</p> <p>De plus, la fixation des tarifs peut être utilisée comme un outil « politique » d'incitation au développement de certaines activités, ce qui pose la question de la cohérence des choix tarifaires avec les priorités définies dans le cadre de la planification sanitaire.</p>
	<p>En Angleterre, les tarifs sont construits comme une véritable moyenne des coûts observés dans les établissements : les tarifs sont définis à partir du calcul d'un coût complet moyen par DRG, basé sur des données recueillies auprès de l'ensemble des établissements. Ceci est rendu possible par l'existence d'outils de comptabilité analytique puissants et par une démarche standard imposée à l'ensemble des établissements. L'intérêt de cette méthode est double : lier les tarifs aux coûts et rendre plus transparents la procédure de fixation des tarifs.</p> <p>Cependant, l'Angleterre se pose actuellement la question d'introduire un élément « politique » dans les tarifs, notamment pour mieux mettre en avant certaines priorités de développement des soins.</p> <p>D'autres formes d'orientation politique des tarifs sont également à l'œuvre. Ainsi, l'application systématique d'une minoration de 3 % à l'augmentation du tarif de chaque DRG (telle que décrite plus haut) correspond à une volonté politique d'inciter les établissements à rechercher des marges d'efficacité. Par ailleurs, les innovations et réductions de coûts peuvent être prises en compte de manière prévisionnelle sur les tarifs – dans une volonté d'incitation des établissements, plutôt que de baisser les tarifs <i>a posteriori</i>, lorsque tous les établissements ont réellement mis en place les évolutions proposées. Ainsi, lorsqu'un protocole utilisé par un établissement se révèle pertinent à la fois en termes d'amélioration de la qualité et de réduction des coûts de prise en charge, les tarifs nationaux sont réduits d'autant afin de pousser les établissements à appliquer ce nouveau protocole.</p> <p>Un tel système est doublement intéressant pour les établissements puisqu'il les incite à la fois à maintenir un niveau de qualité suffisant et de réduire leurs coûts, sur la base d'expériences prouvées sur le terrain.</p> <p>En France, une démarche similaire est également en projet. La DHOS prévoit en effet de revoir les tarifs ou la classification des GHS afin de refléter au mieux l'évolution des pratiques. Par exemple, en chirurgie, certains actes ne font aujourd'hui plus appel à des anesthésistes alors que les tarifs prennent en compte leur intervention ; il est donc prévu de réduire le tarif associé à ces actes. De même, une révision de la classification des GHS de médecine, avec l'introduction de 4 niveaux de gravité, permettrait de mieux rémunérer les prises en charge lourdes.</p>

³⁵ Ce point n'est pas un conflit mais il est intéressant de noter que certains pays vont plus loin sur la question de la participation de l'hospitalisation privée à l'offre de soins.

³⁶ Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008.

	<p>Divergence : La notion même de « contrat d'objectifs et de moyens » pose question dans la mesure où les établissements s'engagent sur des objectifs alors que les ARH ne s'engagent pas véritablement sur des moyens, ceux-ci dépendant désormais de l'activité de l'établissement (même si l'aide à la contractualisation permet de couvrir des frais liés à la mise en œuvre de certaines orientations des SROS).</p>
<p>Tous pays</p>	<p>Les pays étudiés utilisent les contrats entre tutelle et établissements de manière relativement mature et en font de véritables outils de pilotage et de suivi des établissements de santé.</p>
	<p>Ainsi, en Allemagne et en Italie, la primauté est accordée aux engagements pris dans les contrats. Cette primauté présente un double avantage : d'une part inciter les établissements à établir des prévisions d'activité précises, afin de s'approcher au maximum de l'activité qui sera effectivement réalisée ; d'autre part favoriser le développement du pilotage, afin de suivre finement les écarts entre prévisionnel et réalisé. Cependant, l'inconvénient majeur de ce système est son manque de souplesse en cas d'évolutions non prévues.</p>
	<p>En Angleterre, la primauté est accordée à l'activité effectivement réalisée. Ce système comporte des risques de dérive des coûts (tendance à l'augmentation « artificielle » de l'activité) et de disparition de certaines activités (au profit d'activités plus rentables) mais, dans les faits, cette dérive n'est pas constatée. Les contrats sont utilisés davantage pour encadrer l'activité et évaluer la qualité plutôt que pour sanctionner sur des objectifs de volume. Les contrats proposés comme modèles aux tutelles contiennent des indicateurs de qualité (taux de réadmission en urgence, éléments sur les infections nosocomiales, hygiène de l'établissement, etc.). La tutelle évalue tous les ans le respect de ces éléments et peut sanctionner l'établissement en cas de non respect des objectifs sous la forme de retenue sur les paiements.</p>

5.4 Quel rôle pour la tutelle ?

La prochaine création des Agences régionales de santé, regroupant en un acteur régional unique la gestion de toute l'offre de soins, correspond à une tendance forte dans les pays étudiés : le renforcement du poids local en matière de gestion de l'offre.

Ainsi, en Angleterre et en Italie, la gestion globale de la santé de la population d'un territoire est confiée à un acteur unique, situé à un niveau local – le PCT en Angleterre et l'Unité sanitaire locale en Italie. En Allemagne, cet acteur unique est situé au niveau régional (sous la forme d'une instance regroupant différents acteurs, notamment les Caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements de santé).

Un tel système permet de prendre en compte l'ensemble des besoins de santé (prévention et santé publique, veille et sécurité sanitaire, soins de ville, soins hospitaliers, secteur médico-social...), et ce à un niveau de proximité nécessaire pour bien appréhender ces besoins.

De plus, ce poids de l'acteur local est d'autant plus renforcé que cet acteur unique regroupe non seulement le rôle de régulation pour toute l'offre de soins, mais a en outre un rôle de gestion du financement des établissements de santé et des autres acteurs.

Par ailleurs, on constate, dans les trois pays étudiés, que les fonctions de régulation (définition des ressources allouées) et de paiement (versement effectif des sommes aux établissements) sont exercées par un même acteur, ce qui permet un pilotage plus contraignant des établissements (notamment par le biais des contrats, qui sont liés au financement).

En France, les fonctions de « payeur » (l'assurance maladie) et de « régulateur » (le ministère de la santé et les ARH) sont aujourd'hui dissociées. Cependant, si le rôle de l'Assurance maladie a pu, par le passé, s'apparenter à celui d'une « caisse », il évolue aujourd'hui vers une fonction proche de celui d'un « commanditaire », avec une attention croissante portée à la question du coût et de la qualité (notion de gestion du risque). Cette évolution passe notamment par l'implication de l'Assurance maladie dans :

- ✓ Le contrôle externe du codage de l'activité des établissements.
- ✓ L'accompagnement des établissements dans l'amélioration du codage, dans le cadre du Comité technique régional de l'information médicale.
- ✓ L'apport d'expertise dans le cadre de la planification sanitaire, du fait de sa maîtrise des données d'activité des établissements.
- ✓ La « maîtrise médicalisée » à l'hôpital : par exemple, en Languedoc-Roussillon, un travail est mené pour sensibiliser les établissements à l'impact de leurs pratiques et de leurs prescriptions sur les dépenses d'Assurance maladie en ville.

Ainsi, le rôle de l'Assurance maladie évolue et pourrait conduire à une redéfinition de ses relations avec le régulateur, au niveau national et régional.

Enfin, sur le plan de l'organisation des soins elle-même, l'Angleterre fournit un exemple d'intégration de l'offre de soins de ville et de l'offre hospitalière avec un acteur unique en charge du suivi du patient tout au long de son parcours de soins.

Ainsi, le principe des médecins généralistes établis en « gatekeepers » (« gardien du système ») a pour vocation à la fois d'assurer un accès de chaque patient au système hospitalier (hors urgences) à partir du moment où il est adressé par un médecin généraliste, mais également de ne pas engorger le système avec des patients qui n'en auraient pas réellement l'utilité.

En ce qui concerne les soins non programmés, le rapport Larcher préconise (en accord avec les recommandations du rapport Grall sur la permanence des soins) la mise en place, au niveau des futures ARS, d'une sorte de plateforme de régulation « *incluant un conseil téléphonique, une orientation vers une consultation de médecine générale, un envoi de médecin, un envoi d'équipe SMUR, une orientation vers un service d'urgence, par le moyen de transport adapté* »³⁷. L'objectif est de désengorger les services d'urgence au profit d'une meilleure coordination ville-hôpital et au bénéfice du patient.

³⁷ Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008.

6. Une période transitoire ?

Le calendrier de déploiement du dispositif de la T2A s'avère cohérent avec les réformes récentes ayant impacté les outils et le positionnement des principaux acteurs de la planification sanitaire.

En effet, le financement à l'activité des établissements de santé pour leurs activités MCO s'est déployé à partir du 1^{er} janvier 2004 pour les établissements ex DG (et à partir de mars 2005 pour les établissements privés sous OQN), pour une montée en charge complète annoncée en 2012.

Dans le même temps, les outils de planification sanitaire ont évolué pour tenir compte de ce changement majeur de la gouvernance et de la gestion des acteurs de l'offre de soins grâce à la réforme intervenue en 2003, visant à rénover le processus et les dispositifs de la planification sanitaire. Ainsi, la troisième génération de SROS prévoit une cohérence théorique avec la logique de financement à l'activité : les objectifs fixés aux régions en matière de planification sanitaire se déclinent au travers des CPOM, véritables contrats ARH-Établissements, l'atteinte de ces objectifs devant être mesurable autant que possible au travers d'indicateurs objectifs. Par ailleurs, le rôle de l'ARH en tant qu'autorité autonome et régulatrice au niveau de sa région est renforcé. La volonté de déconcentrer les instances de coordination et de régulation de l'offre de soins est réaffirmée.

Cependant, cette cohérence apparente sur les calendriers de déploiement masque des mises en pratique qui, en raison d'une certaine inertie des dispositifs et des acteurs, nécessitent une période de transition pour la pleine maturité de l'ensemble.

Ainsi, les points de divergence constatés doivent être mis au regard du caractère récent des réformes engagées.

6.1 Le manque de maturité des dispositifs

Les exemples ci-dessous mettent en évidence une maturité insuffisante du système.

Le processus de sélection des investissements

Les processus qui existent aujourd'hui dans le cadre des décisions d'investissement sont un exemple très parlant de la période transitoire dans laquelle nous effectuons ces travaux d'analyse.

Les projets qui ont été soumis dans le cadre du volet investissement du Plan Hôpital 2007 afin de bénéficier d'aides en fonctionnement et de subventions exceptionnelles mises à disposition par le Ministère de la santé sont des opérations qui ont été décidées entre les établissements et les tutelles en dehors des nouveaux dispositifs de financement imposés par la T2A.

Ces projets d'investissements répondent à des besoins de planification sanitaire, à des besoins de rénovation importants rendus nécessaires par l'obsolescence des infrastructures ou à des augmentations capacitaires non réalisables dans les infrastructures actuelles. Les critères financiers utilisés pour étudier les opérations ont été limités historiquement aux surcoûts des

dépenses de titre 4 (Coûts d'amortissement et frais financiers) des établissements anciennement sous dotation globale.

Avec la montée en charge de la T2A, ces opérations se voient désormais étudiées au travers d'outils de mesure de la rentabilité médico-économique sans que ces critères aient été étudiés au moment du choix de l'investissement.

Cet exemple montre la coexistence des deux régimes financiers et de leurs effets. La période transitoire confronte les décisions du système sous dotation globale aux outils objectifs rendus possible par la T2A et à la volonté affichée de renforcer l'efficacité médico-économique des établissements de santé dans le futur.

Aussi certaines divergences manifestes qui sont constatées aujourd'hui évolueront dès lors que toute la chaîne de décision sera permanente et stabilisée sur le régime T2A 100 %.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont le support de formalisation, entre les ARH et les établissements de santé, des objectifs en matière de développement d'activité et d'utilisation des ressources. Une large autonomie est laissée aux régions dans le cadre de la forme et des contenus des CPOM. Or, force est de constater aujourd'hui que la diversité des CPOM, la pluralité des indicateurs de suivi ainsi que l'insuffisance de l'évaluation qualitative des indicateurs montrent une faiblesse du dispositif. En effet, les CPOM doivent permettre de suivre quantitativement et qualitativement la mise en œuvre des SROS dans une déclinaison sur les établissements du territoire de santé. Mais le suivi régulier et le pilotage étroit de tous les CPOM et de leurs indicateurs est aujourd'hui absent ou très imparfaitement réalisé par les ARH, qui, comme nous l'avons vu plus haut, ne sont pas outillées pour assurer le pilotage personnalisé des établissements et pour identifier des seuils d'alerte au-delà desquels sont envisagées des actions correctrices.

Ce constat est confirmé par le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité Sociale³⁸ : « *Les réformes de la T2A et de l'organisation de l'offre de soins ne sont pas suffisamment articulées.* ». « *Si la T2A doit devenir la règle de gestion de droit commun des établissements de santé, il faut expliciter le rôle et la place dévolus à la planification des activités des soins. Dans une telle perspective, les CPOM devraient être utilisés comme des instruments de correction des effets pervers ou trop brutaux qui pourraient résulter des restructurations induites par la T2A* ».

Les monographies régionales ont permis de mettre en évidence à la fois la diversité des CPOM et leurs insuffisances actuelles.

Ainsi, les CPOM signés en Franche-Comté en mars 2007 ne comprennent ni éléments financiers ni indicateurs d'évaluation autres que les OQOS. Une nouvelle version devrait en être élaborée suite à la révision du SROS, pour la période 2009-2011.

³⁸ Cour des comptes, La sécurité sociale, 2^{ème} partie : La gestion des risques, chapitre VI : Le pilotage de la politique hospitalière, IV- La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A), septembre 2006.

En Languedoc-Roussillon, les CPOM ne comprennent pas d'éléments financiers, (sauf pour la partie MIGAC). Ils comprennent en revanche des indicateurs qualitatifs détaillés sur le plan médical, avec des objectifs individualisés par établissement ; leur évaluation en 2008 permettra de cibler des établissements en difficulté et de travailler avec eux sur des pistes d'amélioration et actions correctrices.

De plus, la réduction de la marge de manœuvre financière de l'ARH, induite par T2A, nécessite de trouver d'autres formes de relations entre l'ARH et les établissements, avec un équilibre entre une relation de confiance *a priori* et un statut de tutelle qui sanctionne *a posteriori*. La contractualisation revêt une importance particulière dans ce nouveau mode relationnel, et doit sans doute évoluer vers un aspect plus qualitatif, avec un système de récompenses et de sanctions.

Les contrats anglais peuvent être, dans ce contexte, un modèle intéressant. Le niveau national fournit un modèle de contrat annuel, que les acteurs locaux (PCTs) complètent en fonction des spécificités locales. Ces contrats contiennent d'une part un important volet juridique, qui permet d'encadrer la prestation de soins et sont la base de la relation contractuelle entre l'établissement et la tutelle.

D'autre part, ils contiennent des indicateurs de qualité et de suivi de réalisation de la prestation, afin que la tutelle dispose des éléments nécessaires pour mesurer l'atteinte des objectifs assignés à l'établissement.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoire de santé

L'interprétation des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) est encore un exemple de cette maturité insuffisante. D'une part, ils sont souvent réduits à leur dimension quantitative (un volume d'activité cible à l'intérieur de fourchette) alors qu'ils comportent également une dimension organisationnelle (objectifs d'implantations et objectifs en termes d'accessibilité). Cette vision correspond à une pérennisation de la logique des indices qui prévalait dans le cadre de la carte sanitaire et qui limitaient le nombre de lits ou d'équipements pouvant être autorisés.

D'autre part, les établissements ont tendance à comprendre les OQOS comme une mesure individuelle limitant leur activité, alors que les OQOS doivent s'entendre par territoire ; ils sont censés correspondre à l'organisation et au volume de soins permettant de répondre aux besoins de santé d'un territoire de santé.

Enfin, dans les deux régions étudiées, la définition des OQOS en 2006-2007 a été faite dans la perspective d'une révision au bout de 2 ans, dans le cadre de l'évaluation des SROS ; il s'agissait en quelque sorte d'un premier essai, et la version 2008-2009 devrait être plus précise.

On voit bien que la vision introduite par les SROS 3 d'une offre de soins répondant de façon optimale aux besoins d'une population au sein d'un territoire de santé doit encore faire l'objet d'une appropriation par les acteurs.

Cette appropriation induira sans aucun doute des comportements nouveaux, dans le contexte de la T2A. Ainsi, il est probable que les établissements, qui peuvent avoir tendance aujourd'hui à poursuivre une dynamique individuelle d'accroissement de leurs parts de marché, verront progressivement l'intérêt des coopérations et des reconversions dans une logique de « partage » de l'activité sur un territoire donné.

De plus, les contours des territoires de santé seront amenés à évoluer pour prendre en compte les modifications de leurs caractéristiques démographiques ou géographiques.

Les enveloppes MIG et AC

L'analyse des processus d'attribution et de gestion des MIGAC est un autre exemple intéressant. Jusqu'à présent, le montant des enveloppes MIG reflétait mal les ressources engagées (et leur évolution) par les établissements de santé pour la prise en charge de missions d'intérêt général, du fait d'une part, du mode de valorisation au niveau national (fondé sur des données de retraitement comptable de 2003 pour les établissements ex-DG), et d'autre part, de l'insuffisance des outils disponibles au niveau des ARH pour répartir l'enveloppe régionale entre les établissements.

Depuis 2007, la DHOS et la MT2A incitent fortement les ARH à retravailler sur la juste allocation des MIG dans chaque région, sur la base d'un guide méthodologique de la DHOS ; le Directeur de l'ARH Languedoc-Roussillon a également présenté à la Conférence des DARH le travail réalisé dans sa région sur 17 MIG, pour lesquelles des « fiches action » (sortes de référentiels de prise en charge) ont été réalisées en collaboration avec les établissements. L'ARH de Franche-Comté envisage d'ailleurs de recourir à ces fiches-action pour réaliser, en 2008, ce travail de calibrage des MIG. Ce travail doit servir de base à une contractualisation sur les MIG entre ARH et établissements.

Il est probable qu'au-delà de cette initiative, un nouveau processus d'attribution et de révision des enveloppes MIG soit défini de façon plus pérenne et homogène d'une région à l'autre.

Par ailleurs, la répartition de l'enveloppe MIGAC (comme principale marge de manœuvre des ARH) entre MIG et AC sera sans doute amenée à évoluer, à l'instar de la démarche initiée par le Directeur de l'ARH Languedoc-Roussillon. Celui-ci envisage en effet qu'à terme, l'aide à la contractualisation restera la seule marge de manœuvre financière des ARH, les MIG ayant vocation à être intégrées aux tarifs ; l'enjeu est donc de la pérenniser et de l'utiliser au mieux en fonction des priorités stratégiques de l'ARH et dans une démarche de contractualisation avec les établissements sur des objectifs.

Les expériences étrangères peuvent constituer des pistes intéressantes sur cette question de la marge de manœuvre financière de la tutelle de proximité.

Ainsi, en Italie et en Allemagne, l'organisation du système de santé est telle que chaque région est libre de lever des financements complémentaires pour la santé, qu'elle peut utiliser soit sous forme d'enveloppes ad hoc (par exemple pour fournir d'autres services de santé) ou sous la forme de complément au tarif de certaines activités.

Le rapport Larcher évoque d'ailleurs la nécessité, pour les ARH (ou les futures ARS), « se montrer fortement incitatifs » (pour accompagner les rapprochements dans le cadre des « communautés hospitalières de territoire ») en utilisant les enveloppes à leur disposition, et notamment les enveloppes AC.

Le processus de fixation des tarifs

Un dernier exemple symbolique de cette maturité insuffisante est le processus de fixation des tarifs au niveau national.

Les tarifs sont par essence évolutifs, puisqu'ils doivent s'adapter à la réalité des actes pratiqués, des pathologies, des modes de prise en charge... Cependant, au-delà de cette variabilité permanente, il est probable que les chantiers en cours auront un impact non négligeable sur les processus de fixation des tarifs :

- ✓ la révision des grilles tarifaires dans la perspective de la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé, avec la construction d'une échelle nationale de coûts commune,
- ✓ la perspective de l'extension de la T2A aux activités SSR et psychiatrie,
- ✓ la nécessité de prendre en compte l'enjeu de la qualité dans le pilotage des établissements de santé.

Les expériences étrangères peuvent constituer des pistes intéressantes d'évolution du processus de fixation des tarifs, à la fois dans la méthode et le rôle des acteurs.

- ✓ Ainsi, en Angleterre, les tarifs sont définis à partir d'une échelle nationale de coûts intégrant l'ensemble des établissements de santé publics et privés du pays, sur la base d'une comptabilité analytique commune et performante.
- ✓ Par ailleurs, le principe de « Payment for Quality », inspiré du modèle américain, est à l'étude dans certaines régions anglaises. Il consiste à lier une partie du tarif à des indicateurs qualité.
- ✓ Enfin, le rôle des acteurs sera peut-être amené à évoluer dans le cadre de ces chantiers ; différents modèles existent :
 - En Angleterre, un modèle centralisé comme en France ;
 - En Allemagne et en Italie, un modèle « régional ».

L'Italie, dans le cadre d'un mouvement politique global de décentralisation, a évolué d'un tarif national à des tarifs régionaux.

Le modèle « régional » présente l'avantage de corréler davantage les choix tarifaires aux spécificités régionales, en fonction notamment des priorités de santé et de la structure de coûts régionale.

Cependant, un tel modèle rend difficile la comparaison de l'efficacité entre des établissements de régions différentes. De plus, il peut contribuer à creuser les inégalités entre les régions (par exemple, une région « pauvre » fixera des tarifs moins élevés, avec des

conséquences sur les capacités d'investissement des établissements et donc un risque d'obsolescence des infrastructures).

Ces exemples montrent que, à la date de réalisation de cette étude théorique, un certain nombre de dispositifs et d'outils ne sont pas arrivés à maturité pour intégrer clairement la cohérence entre les logiques de planification sanitaire et de régulation financière. Ces outils et dispositifs sont encore dans une phase d'ajustements et de modifications et n'ont pas atteint une stabilité dans le temps.

6.2 Le positionnement des acteurs

Les acteurs impliqués au niveau national et régional (à savoir principalement la DHOS et l'ARH) ont vécu une évolution rapide de leurs rôles et attributions dans le cadre des différentes réformes et notamment celle de la montée en charge rapide de la T2A. Leurs organisations sont ainsi encore en cours d'évolution et de stabilisation.

Du point de vue du financement des établissements, les ARH sont passées d'un rôle dévolu à l'attribution des ressources et aux décisions d'investissement répondant à des besoins de planification sanitaire vers un rôle orienté vers la gestion. Les agences doivent porter une attention particulière aux documents budgétaires des établissements de leur région, approuver les documents prévisionnels, animer les plans de restriction budgétaire dans le cadre de dispositifs de retour à l'équilibre, approuver des décisions d'investissement dans un cadre décisionnel nouveau (évolution des critères de décision, renforcement des dossiers de documentation des investissements, etc.). Ces fonctions s'ajoutent au rôle initial qui perdure avec l'attribution des enveloppes forfaitaires type MIGAC.

Du point de vue du pilotage, les ARH doivent pouvoir disposer, en routine, d'éléments d'analyse médico-économique des établissements, qui attendent en retour des éléments de comparaison régionale. Cette fonction de pilotage nécessite des systèmes d'information, aujourd'hui insuffisants.

Du point de vue de la planification, les ARH voient leur rôle évoluer d'une logique « autoritaire » vers un rôle plus pédagogique de conseil, de sensibilisation et d'accompagnement des établissements, tout en veillant à faire respecter ses décisions en cas de conflit, par le biais des différents outils à sa disposition (autorisations, contrôle de conformité, enveloppe d'aide à la contractualisation, CPOM...).

De plus, ces évolutions doivent être mises en perspective de la création des Agences Régionales de Santé, qui conduiront nécessairement à une redéfinition des missions et des modes de fonctionnement du régulateur au niveau régional.

Au niveau national, le rôle de la DHOS a récemment doublement évolué : du point de vue de la planification sanitaire, la création des ARH en 1996 a conduit à un transfert de certaines compétences au niveau régional, faisant passer la DHOS d'un rôle de planificateur à un rôle de concepteur du cadre de planification ; du point de vue du financement des établissements de santé, la T2A a au contraire renforcé le rôle de régulateur financier de la DHOS, qui, au travers de la fixation des tarifs, a une forte influence sur la répartition du financement entre les

établissements. Sur ce dernier point, des discussions sont en cours sur la répartition des rôles entre la DHOS, la MT2A et l'ATIH.

Pour permettre à la DHOS de réaliser pleinement ces missions, des outils de suivi en routine doivent être développés, pour disposer d'éléments de suivi des réalisations régionales (sans ingérence dans le champ d'action des ARH) afin de prendre les bonnes décisions en termes d'orientations nationales à la fois en termes de planification et de financement (calibrage du modèle tarifaire).

À la date de cette étude, le positionnement des acteurs évolue et n'est pas encore stabilisé. La mise en place des réformes est encore en cours et l'appropriation pleine et complète des nouveaux rôles n'est pas achevée. Tant les ARH que l'administration centrale se structurent et s'outillent pour pouvoir gérer avec plus de cohérence et d'efficacité les nouvelles responsabilités qui leurs sont attribuées.

En conclusion, nous pouvons supposer que les divergences observées aujourd'hui et décrites à partir de l'analyse des processus et des acteurs seront amenées à évoluer à l'issue de la période transitoire (période de « réglage » pour corriger les imperfections des dispositifs, estimée à cinq ans – à partir de la mise en place initiale de la réforme – par les experts consultés par la Cour des Comptes dans le cadre de ses travaux sur l'examen des comptes de la sécurité sociale³⁹).

7. Conclusion

La planification sanitaire et le financement des établissements dans le cadre de la T2A sont deux fonctions du régulateur, qui ont chacune leur logique. L'une a vocation à organiser de façon optimale la répartition de l'offre de soins sur le territoire, en veillant à l'adéquation de l'offre aux besoins, dans le respect de la sécurité et de la qualité des soins ; l'autre a vocation à financer l'activité des établissements selon un « juste prix », en incitant à l'efficacité.

Ces deux logiques peuvent, dans une certaine mesure et au premier abord, apparaître contradictoires, avec d'un côté, l'idée d'un planificateur « bienfaiteur » imposant une organisation des soins équitablement répartie, et de l'autre, un « marché » autorégulé de l'offre de soins ; au mieux elles sont déconnectées l'une de l'autre, la planification ne prenant pas en compte les contraintes financières des établissements.

Pourtant, sur le terrain, la question des « liens entre les modes de financement et la planification, et ce que vient changer la T2A » ne semble pas se poser en termes de conflits. La planification sanitaire et la T2A sont deux règles du jeu auxquelles les établissements doivent s'adapter.

En effet, la T2A est une nouvelle donne autour de laquelle des jeux d'acteurs s'organisent, parfois avec des tensions. Elle est perçue par certains établissements comme une opportunité à

³⁹ Cour des comptes, La sécurité sociale, 2^{ème} partie : La gestion des risques, chapitre VI : Le pilotage de la politique hospitalière, IV- La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A), septembre 2006

la fois pour mener une réflexion sur l'activité, pour impulser des évolutions organisationnelles au sein des établissements et pour favoriser les coopérations entre établissements ; d'autres retiennent surtout ses contraintes, principalement liées aux évolutions de la nomenclature et des tarifs.

La planification sanitaire est une autre règle du jeu, visant à définir un « idéal » correspondant aux besoins de santé de la population, en termes d'accessibilité mais surtout de sécurité et de qualité des soins.

Si ces règles du jeu peuvent se contredire dans certaines situations (par exemple, lorsque l'ouverture d'un service est prévue au SROS mais que des études indiquent *a posteriori* que l'établissement ne pourra l'ouvrir dans des conditions financières acceptables), il existe un espace de discussion et de négociation entre les établissements et l'ARH, et les situations sont analysées au cas par cas.

Cependant, on peut dire que la T2A vient effectivement « changer » quelque chose : par la liberté accrue qu'elle accorde aux établissements et la dynamique qu'elle introduit dans l'offre de soins, elle implique un certain nombre d'adaptations, à la fois dans les méthodes de planification et dans le rôle des acteurs régionaux.

La planification doit intégrer cette évolutivité du système de santé, sans figer les dispositifs, en permettant une redéfinition régulière du périmètre des territoires, des relations entre établissements... Le rôle du planificateur lui-même doit s'adapter, en passant d'une logique « autoritaire » à une logique d'incitation et d'arbitrage, par le biais des divers outils à sa disposition, au premier rang desquels les contrats ARH-établissements. A ce titre, l'analyse des expériences étrangères constitue un apport intéressant en termes de solutions et perspectives.

Ces changements sont en cours et les effets de la T2A, en lien avec la planification, ne sont pas encore totalement observables dans cette phase transitoire. De plus, ces mutations profondes de l'offre de soins interviennent alors même que les établissements sont confrontés à de nombreuses autres difficultés : démographie médicale et soignante, contraintes liées aux ressources humaines dans le public, situations financières déséquilibrées... que souligne le rapport Larcher.