

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

Annexes

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

n° 82 – novembre 2008

Cette publication n'engage que ses auteurs



## **Sommaire des annexes**

<b>Annexe 1</b> : Liste des personnes rencontrées	p. 7
<b>Annexe 2</b> : Description schématique des processus	p. 11
<b>Annexe 3</b> : Fiches acteurs	p. 31
<b>Annexe 4</b> : Monographie régionale – Franche-Comté	p. 47
<b>Annexe 5</b> : Monographie régionale – Languedoc-Roussillon	p.67
<b>Annexe 6</b> : Analyse des expériences étrangères	p. 87
<b>Annexe 7</b> : Bibliographie	p. 163

## **Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées**

## **En tant qu'experts**

- ✓ Roland CASH, Responsable scientifique de la MT2A
- ✓ Jean-Claude MOISDON, Professeur à l'École des Mines, Expert auprès de la MeaH

## **Pour la MT2A**

- ✓ Martine Aoustin, Directrice

## **Pour la DHOS**

- ✓ Patrick OLIVIER, sous-directeur des affaires financières
- ✓ Louis LEBRUN, conseiller médical auprès de la sous-directrice de l'organisation du système de soins

## **Pour la région Franche-Comté**

### Pour l'ARH

- ✓ Patrice BLEMONT, Directeur
- ✓ Christian FAVIER, Directeur adjoint
- ✓ Jean-Louis BOUTRY, chargé des investissements immobiliers
- ✓ Vanessa BAILLY, chargée du contrôle de gestion
- ✓ Agnès HOCHART, chargée affaires budgétaires, de la contractualisation et des ressources humaines

### Pour les établissements

- ✓ CH de Dole : Yves MAMIE, directeur ; Cyril GUAY, directeur financier
- ✓ CH de Pontarlier : M. GRAS, responsable du service logistique, travaux, maintenance, membre du conseil exécutif ; Mme NICOD, ex-directrice financière ; M. VERMOT DES ROCHES, directeur financier ; M. BOKAN, médecin DIM
- ✓ Clinique Saint-Martin de Vesoul : Patrick CHARLOT, directeur

### Pour l'Assurance maladie

- ✓ Marie-Anne VEROT, médecin conseil de la Direction Régional du Service Médical (DRSM)

### Pour la DRASS

- ✓ Daniel JANDOT, chargé de mission Offre de soins et qualité du système de soins
- ✓ Docteur Marie-Jeanne CHOULOT, Médecin Inspecteur Régional, chef de projet SROS

## **Pour la région Languedoc-Roussillon**

### Pour l'ARH

- ✓ Alain CORVEZ, Directeur
- ✓ Gérard VALETTE, Secrétaire général
- ✓ Marie-Catherine MORAILLON, Directrice adjointe, chargée des campagnes et du suivi budgétaire

- ✓ Didier HEVE, chargé du suivi de l'information médicalisée
- ✓ Nathalie RAYNAL, chargée du suivi des établissements privés
- ✓ Laurence MARIAN, chargée du suivi des établissements publics
- ✓ Didier BERGERON, chargé du suivi des investissements

#### Pour les établissements

- ✓ CH Saint-Jean de Perpignan : Philippe BANYOLS, directeur de la politique médicale ; Carole GLEYZES, directrice des finances, des SI et organisation ; Dr Bernard HERAN, Président de la CME ;
- ✓ CRLC Paul Lamarque de Montpellier : Pr Jean-Bernard DUBOIS, Directeur ; M. RENE, Président de CME
- ✓ Clinique Bonnefon d'Alès : M. SAIX, directeur ; Dr Alain DELEUZE, Président de CME

#### Pour l'Assurance maladie

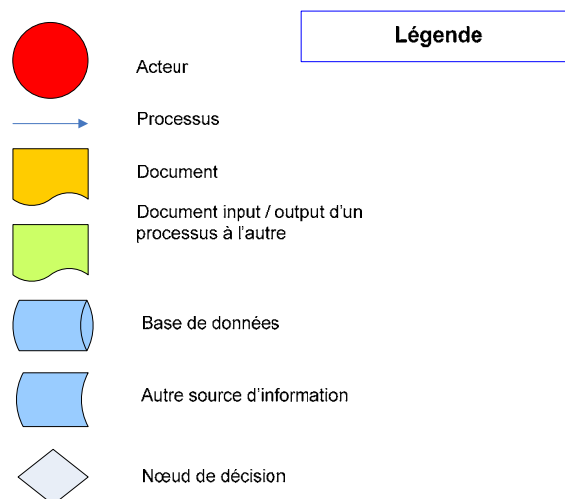
- ✓ Michel GIRAUDON, médecin conseil de la Direction Régional du Service Médical (DRSM)

#### Pour la DRASS

- ✓ Mme GRANIER, Médecin Conseil Régional

## **Annexe 2 : Description schématique des processus**

Les conventions de formalisation utilisées sont explicitées ici :



## 1.1. PROCESSUS DE PLANIFICATION SANITAIRE

Les sigles utilisés sont explicités ci-dessous.

### Explication des sigles

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation – COMEX : Comité exécutif de l'ARH

ALD : Fichier des bénéficiaires d'allocations dans le cadre d'affections longue durée

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Cire : Cellule interrégionale d'épidémiologie

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins

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

Enquête SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

ESPS : Enquête santé et protection sociale

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

HAD : Hospitalisation à domicile

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médical

InVS : Institut de veille sanitaire

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MRS : Mission régionale de santé

ORS : Observatoire régional de santé

PMSI-EBS : Base de données PMSI - Evaluation des besoins de santé, constituée à partir du PMSI pour l'évaluation des besoins de santé

PMSI-SSR : Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation : recueil de l'activité des établissements ayant une activité autorisée en soins de suite et réadaptation

PRODIGE : Tableau de bord pilotage régional opérationnel et dialogue de gestion

Réseau FRANCIM : France cancer incidence et mortalité

SIOS : Schéma interrégional d'organisation sanitaire

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

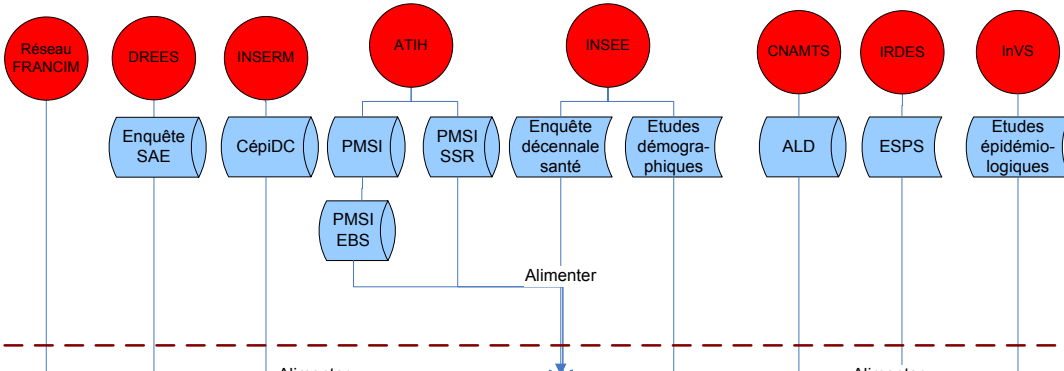


1

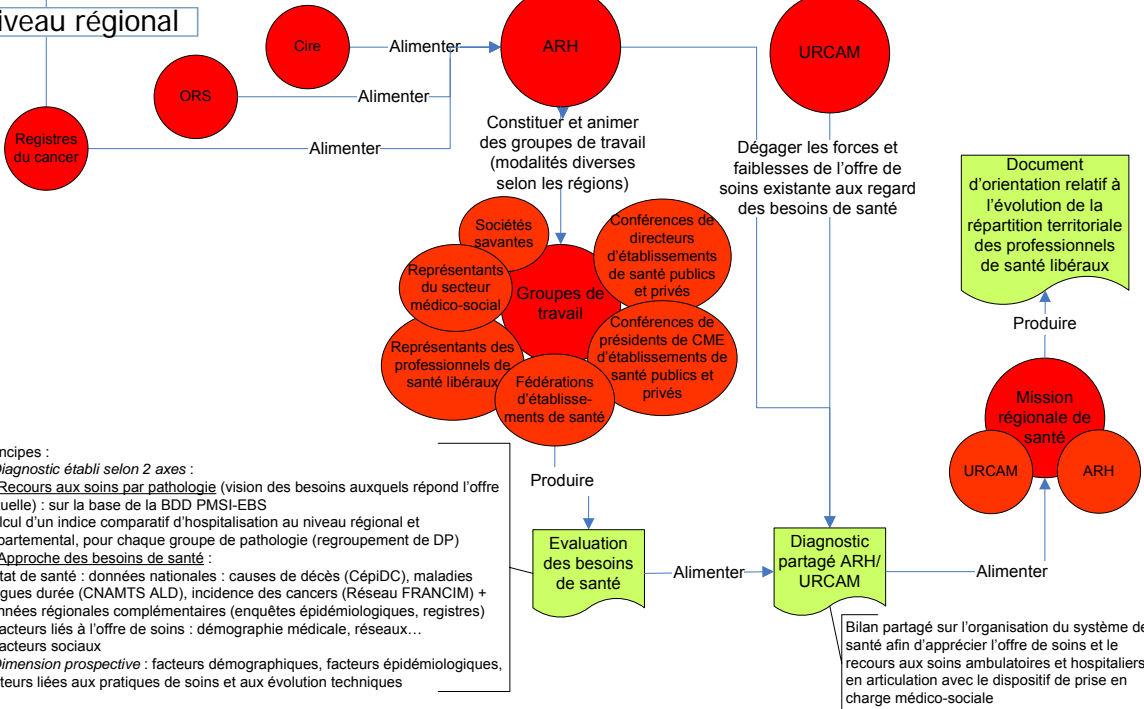
Evaluation des besoins de santé

- 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
- Lettre du DHOS aux DARH (8 juillet 2004) sur l'EBS dans le cadre de la préparation des SROS 3ème génération
- Cahier des charges pour l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de l'élaboration des SROS
- Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n°2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes

Niveau national



Niveau régional



Principes :

- \* **Diagnostic établi selon 2 axes :**
- 1. **Recours aux soins par pathologie** (vision des besoins auxquels répond l'offre actuelle) : sur la base de la BDD PMSI-EBS  
Calcul d'un indice comparatif d'hospitalisation au niveau régional et départemental, pour chaque groupe de pathologie (regroupement de DP)
- 2. **Approche des besoins de santé :**
- Etat de santé : données nationales : causes de décès (CépiDC), maladies longues durée (CNAMTS ALD), incidence des cancers (Réseau FRANCIM) + données régionales complémentaires (enquêtes épidémiologiques, registres)
- Facteurs liés à l'offre de soins : démographie médicale, réseaux...
- Facteurs sociaux
- \* **Dimension prospective :** facteurs démographiques, facteurs épidémiologiques, facteurs liés aux pratiques de soins et aux évolutions techniques

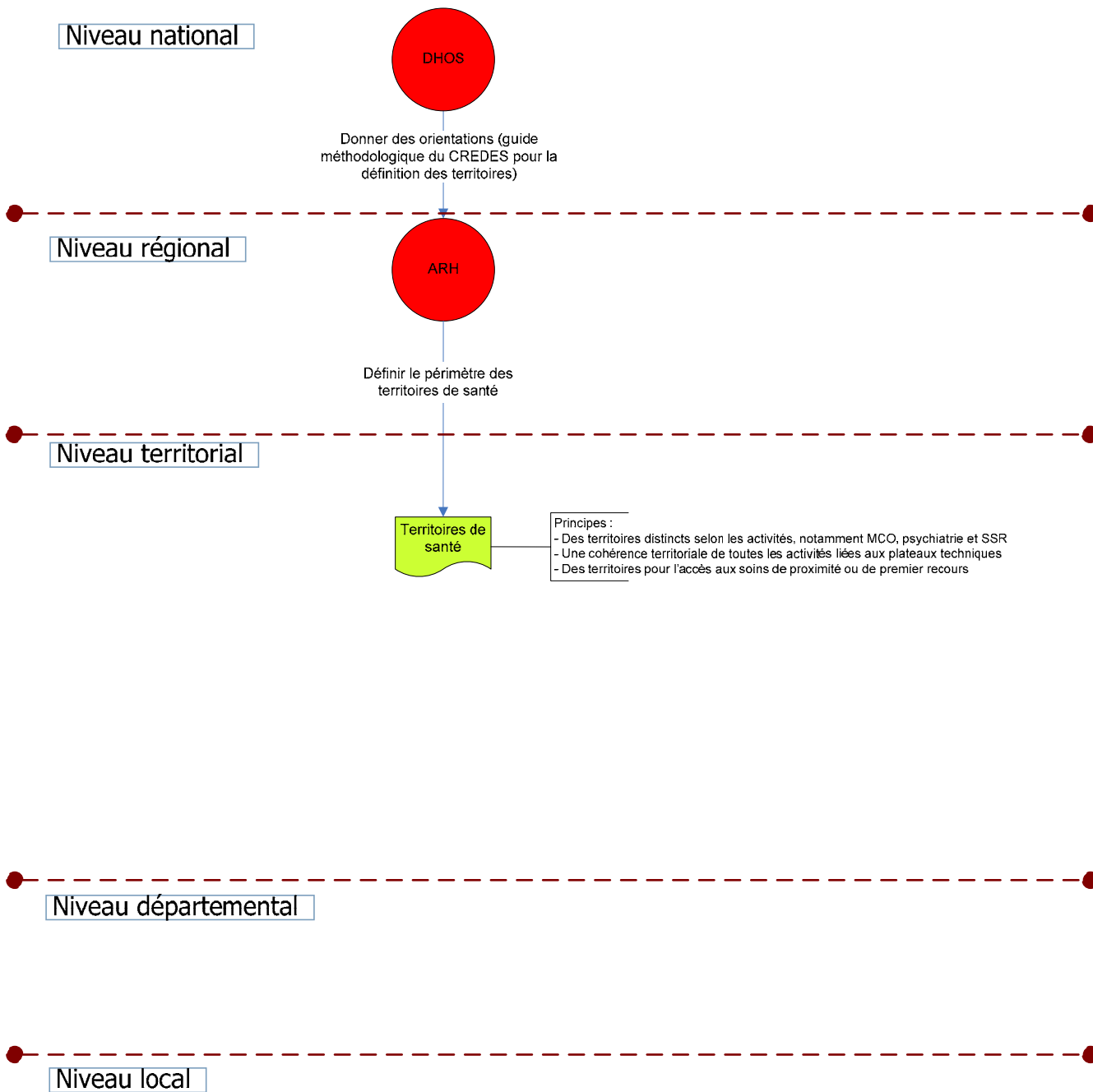
Niveau départemental

Niveau local

2

Définition des territoires de santé

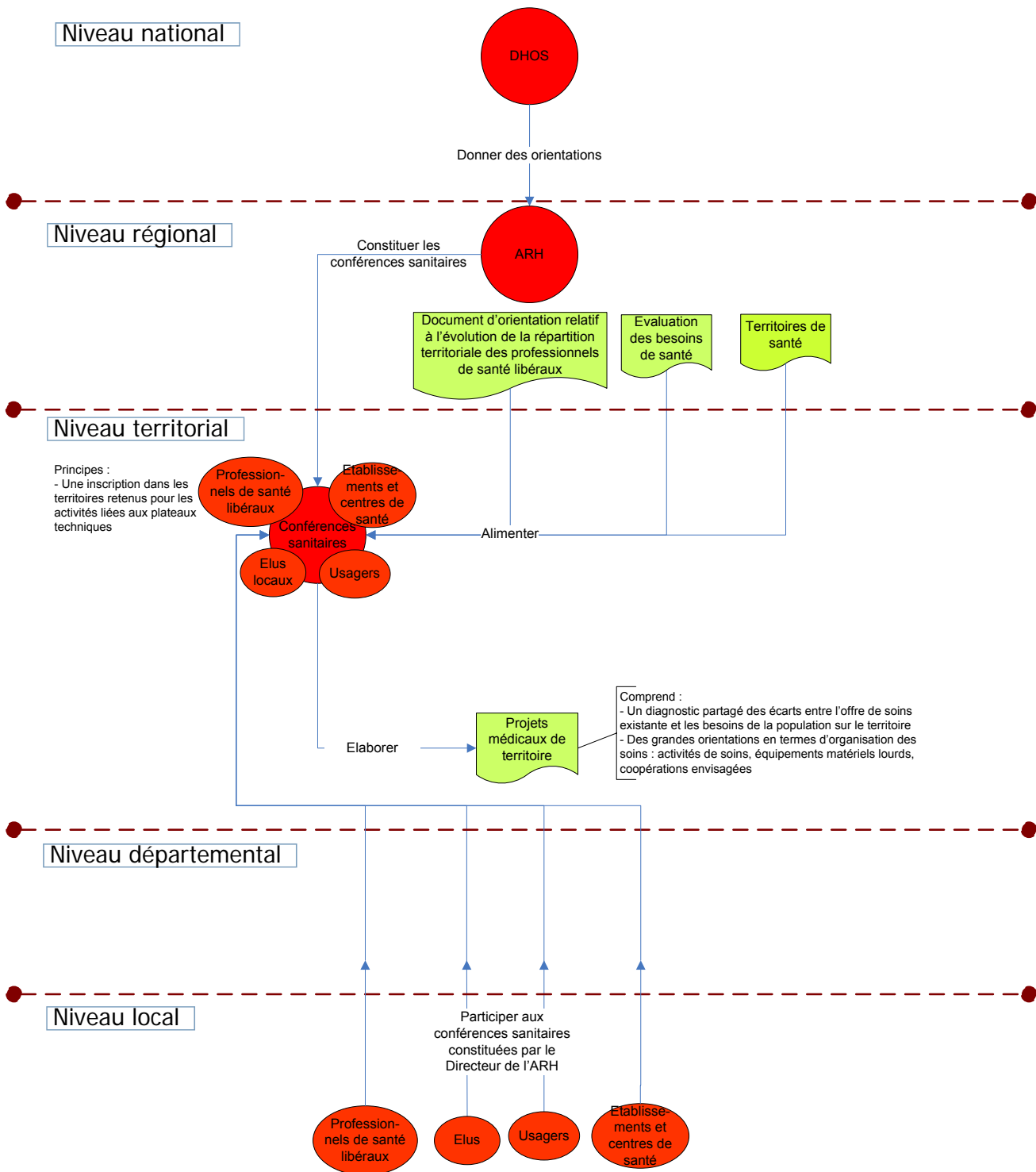
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération



3

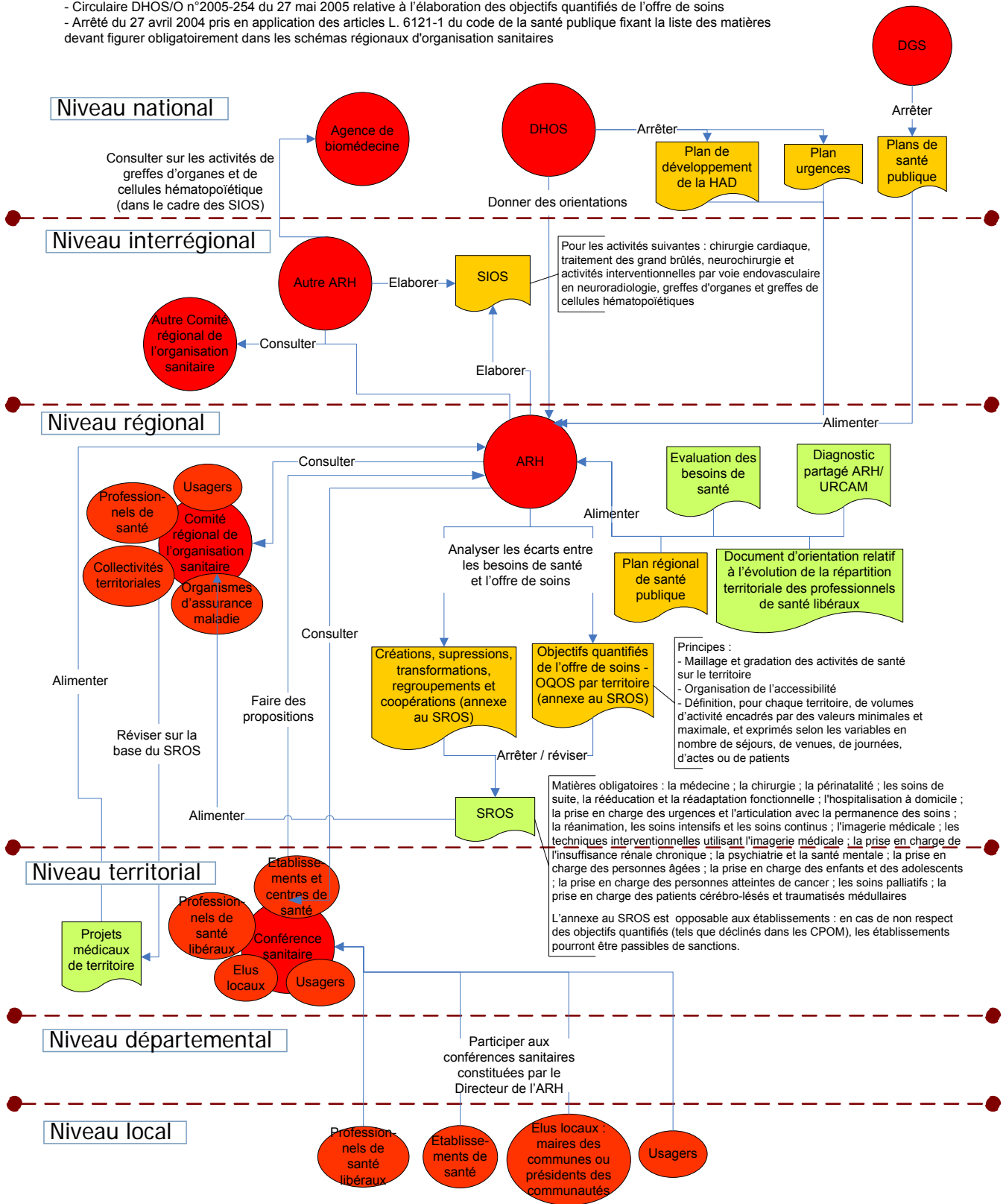
**Elaboration des projets médicaux de territoire**

- 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
- Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération



**Elaboration et révision des SROS / SIOS**

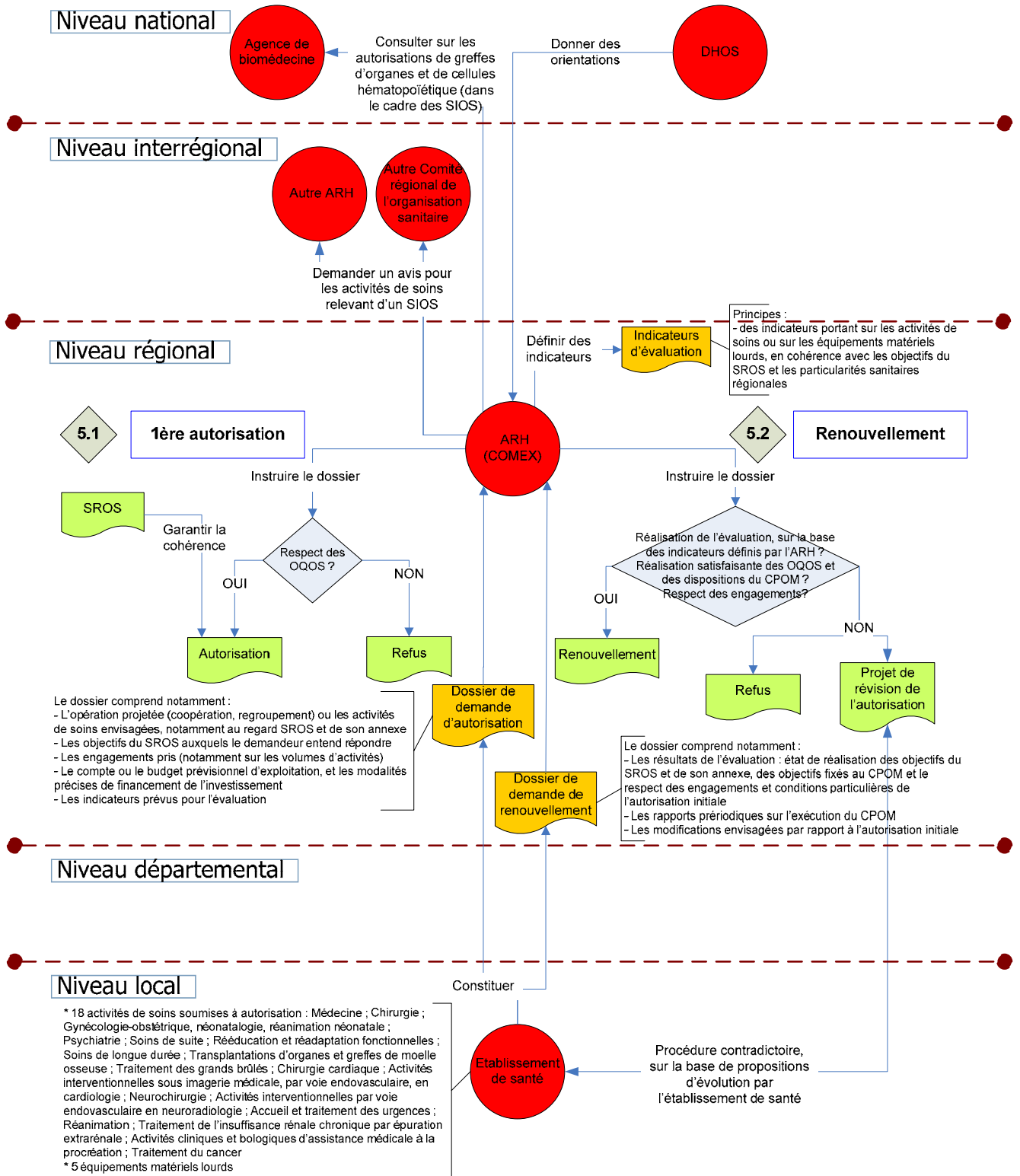
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération
- Circulaire DHOS/O n°2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins
- Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires



5

**Délivrance et renouvellement des autorisations**

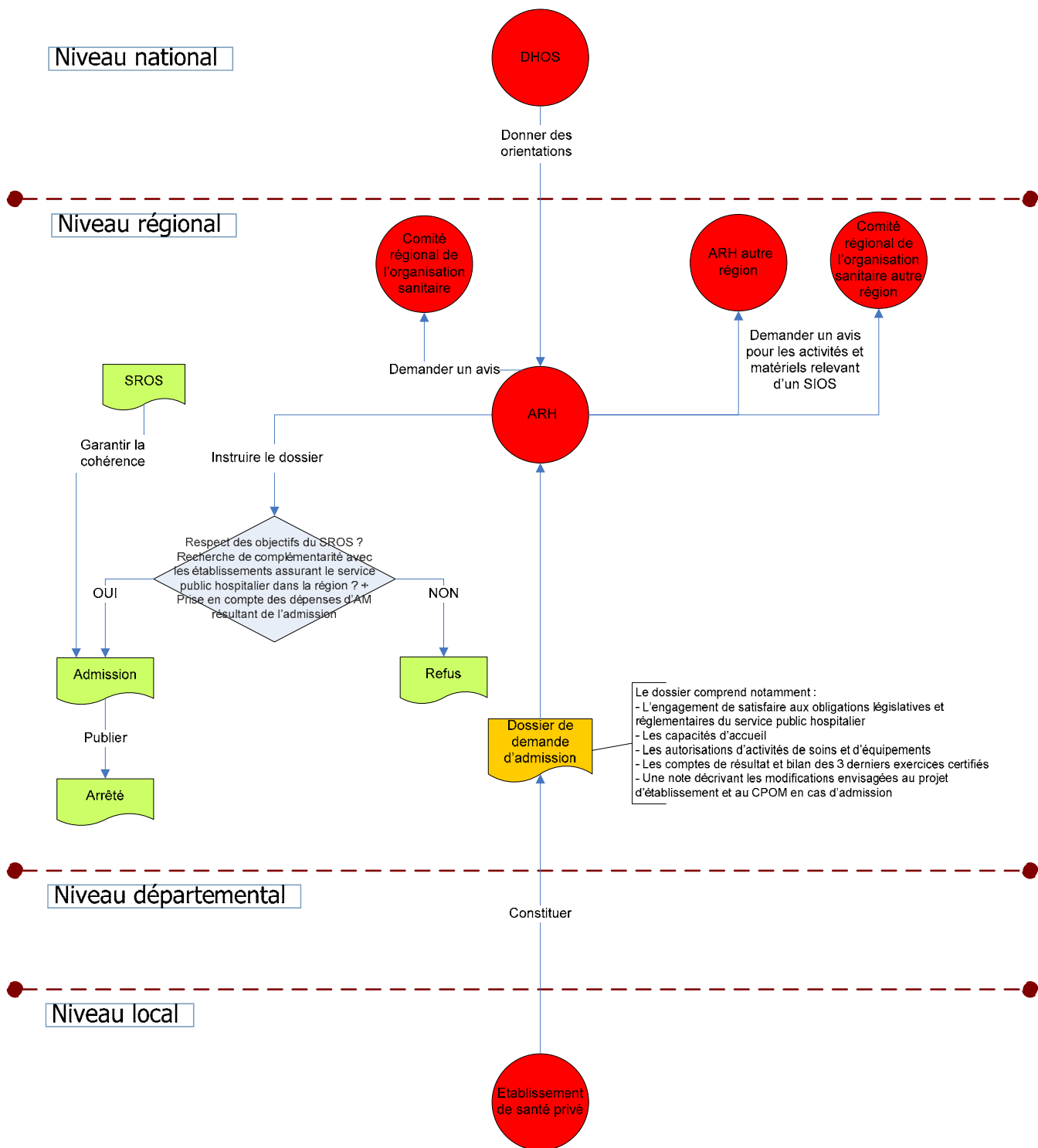
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Décret n° 2007-133 du 30 janvier 2007 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code



6

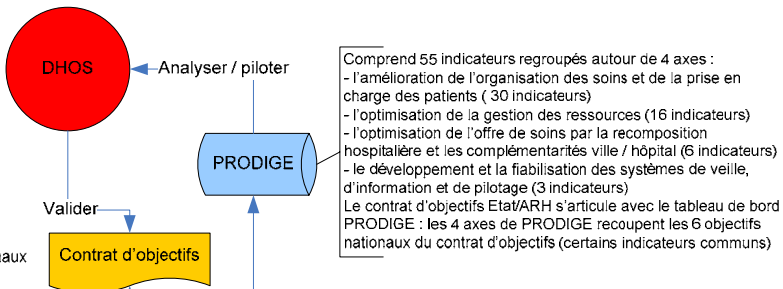
**Admission à participer au service public hospitalier**

- 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  
 - Décret n° 2007-133 du 30 janvier 2007 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique

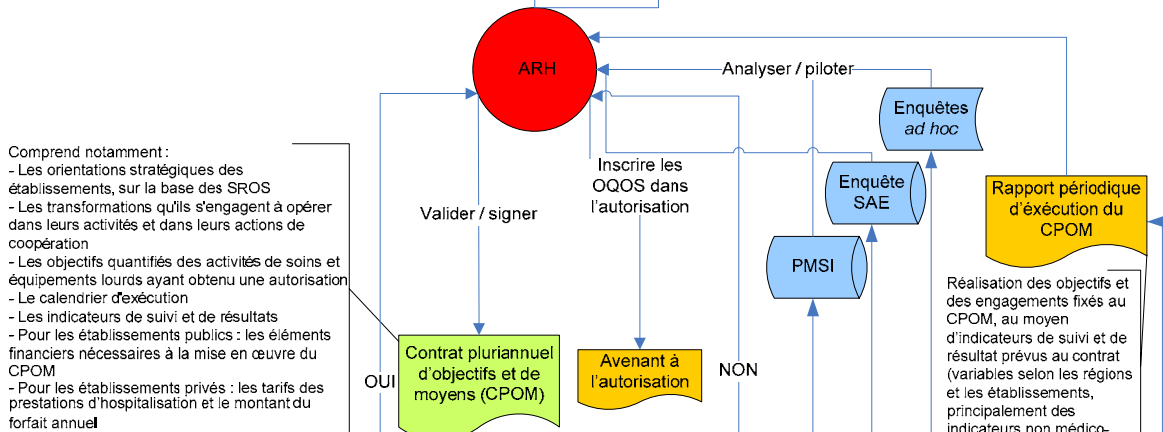


- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique

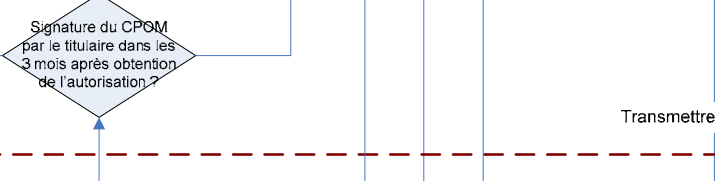
Niveau national



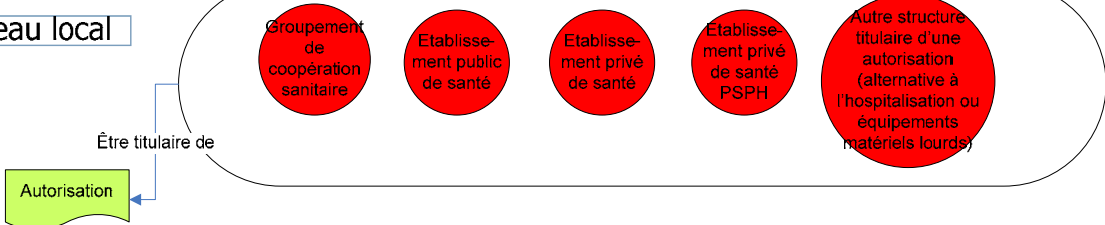
Niveau régional



Niveau départemental

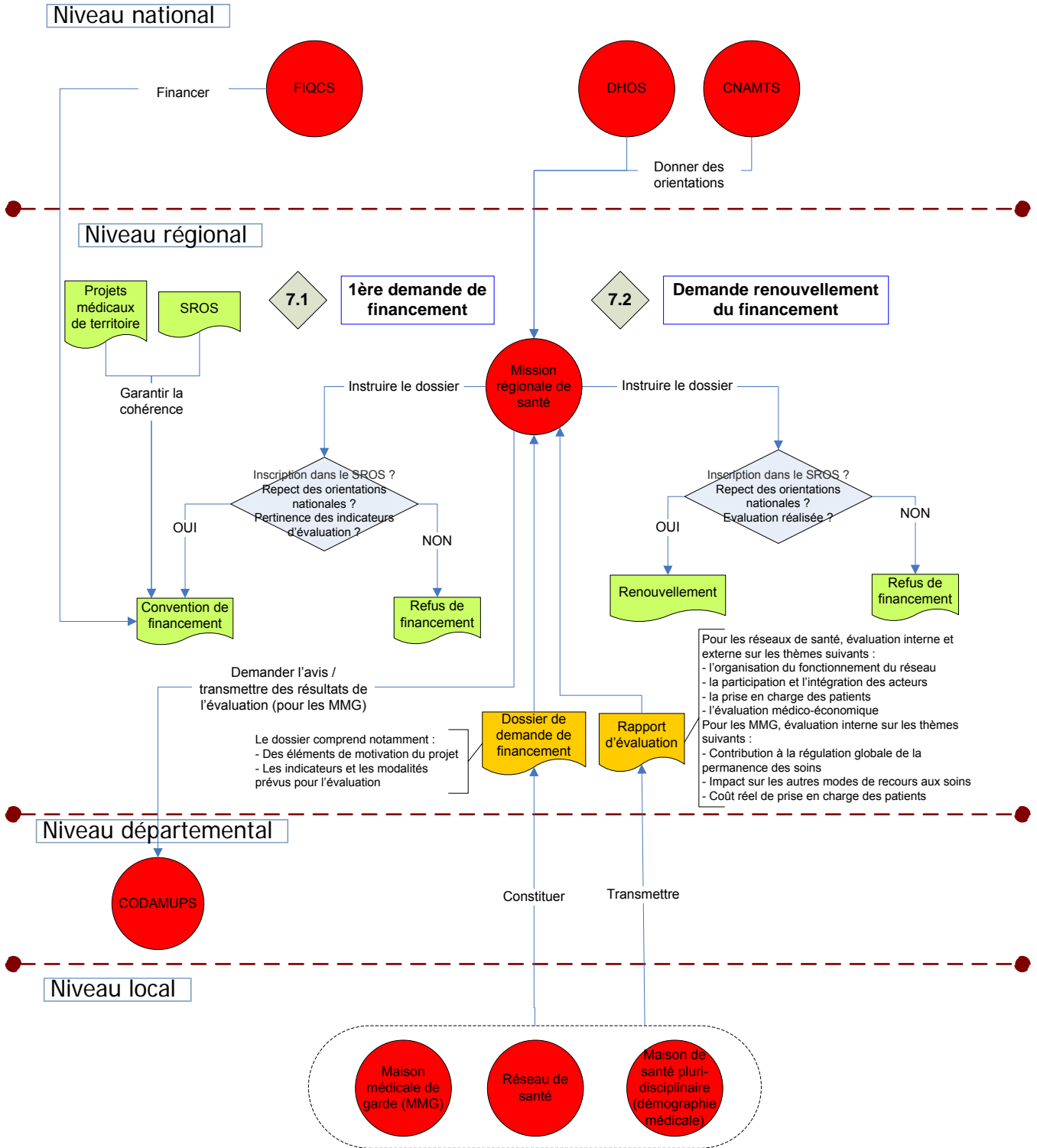


Niveau local



**Financement des coopérations non soumises à autorisation**

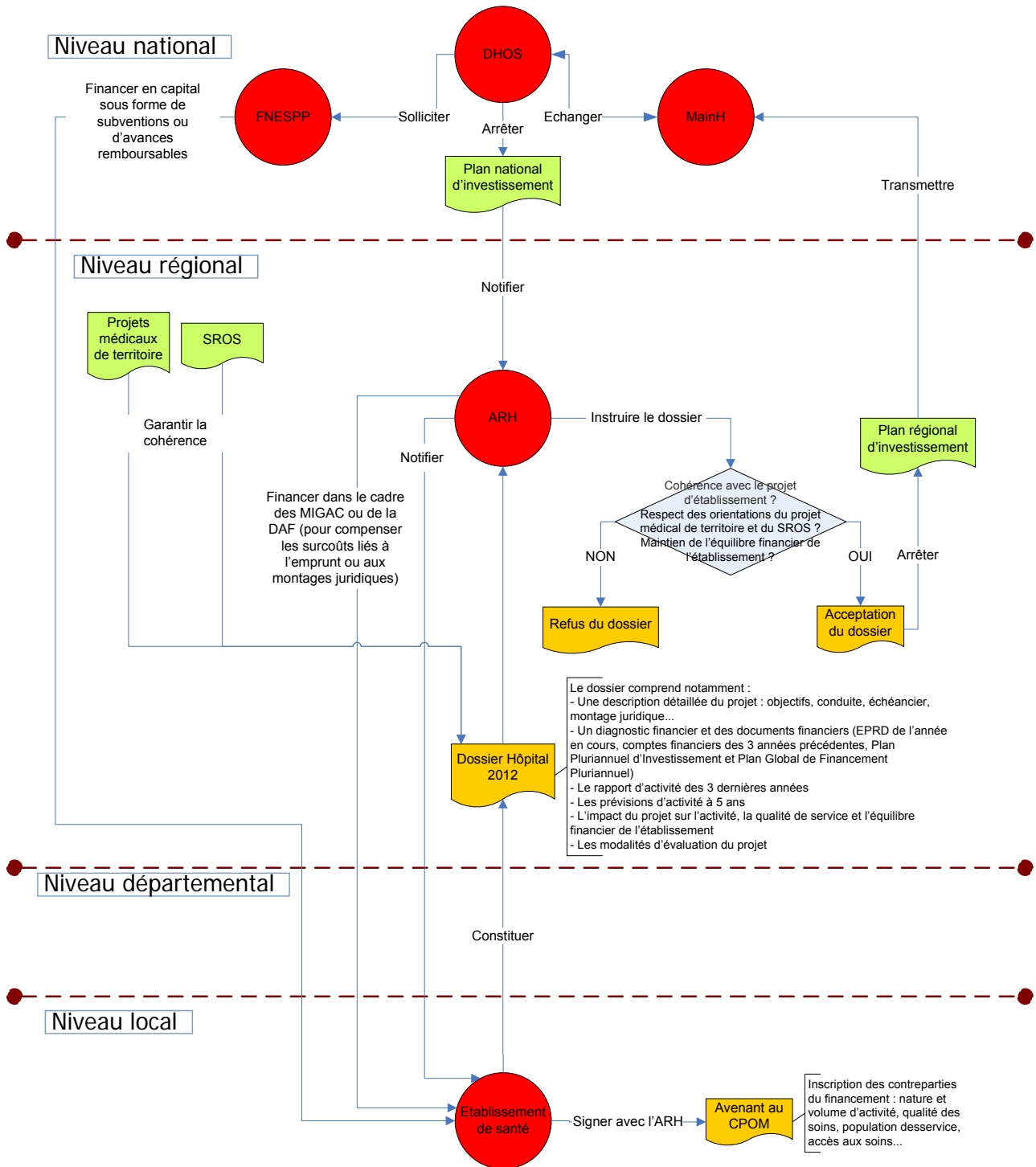
- Circulaire n°DHOS/O3/CNAMTS/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM
- Circulaire n°DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
- Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins





### Validation des projets d'investissement

- Circulaire DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du Plan Hôpital 2012 et ses annexes



## 1.2. PROCESSUS DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Les sigles utilisés sont explicités ici :

### Explication des sigles

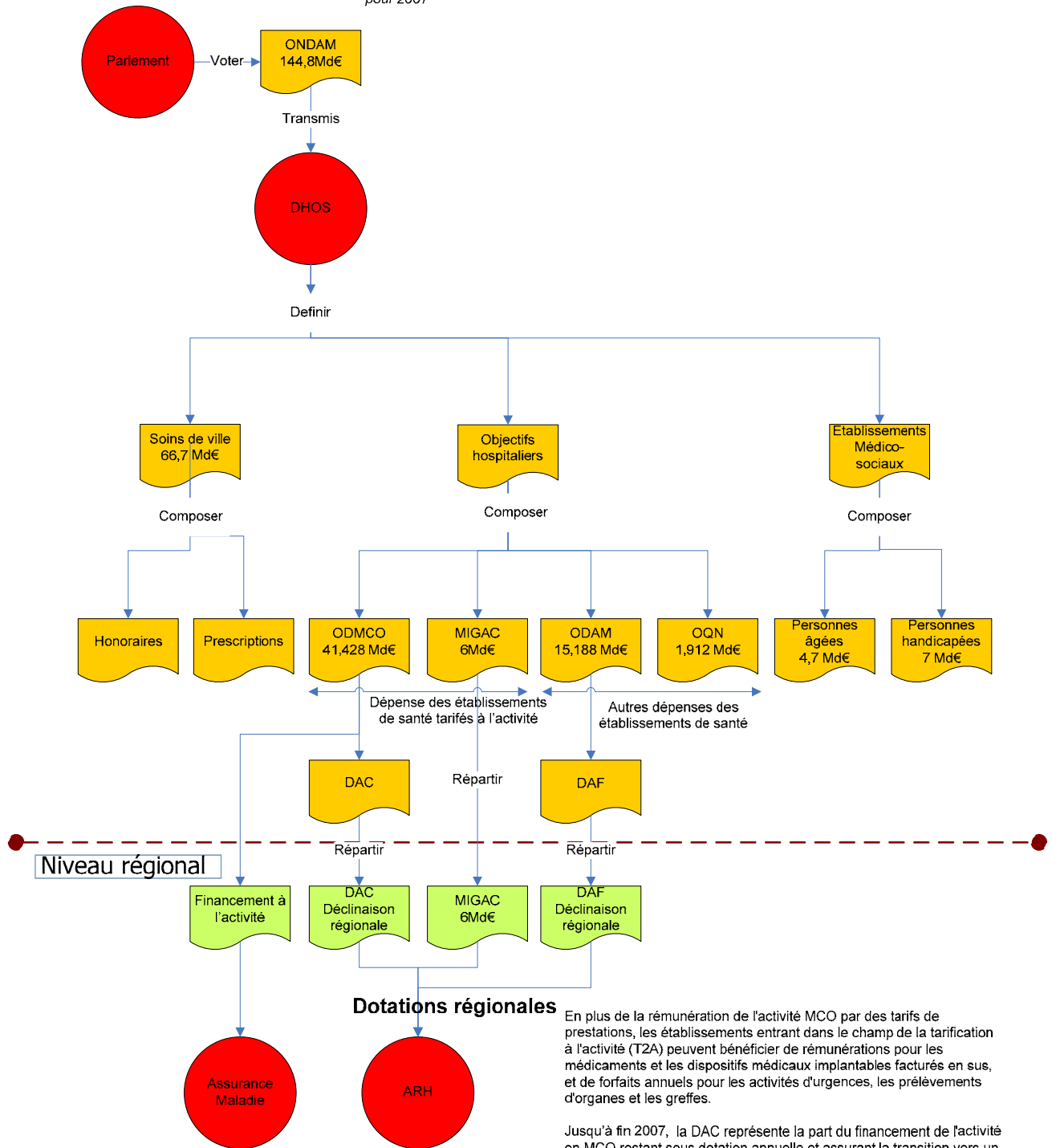
AFFSAPS : Agence française de sécurité des aliments et des produits de santé  
ARH : Agence régionale de l'hospitalisation  
ATIH : Agence technique d'information sur l'hospitalisation  
CA : Conseil d'administration  
CAF : Capacité d'autofinancement  
CEPS : Comité économique des produits de santé  
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CRPA : Compte de résultat prévisionnel annexe  
CRPP : Compte de résultat prévisionnel principal  
CSP : Code de la santé publique  
DAC : Dotation annuelle complémentaire  
DAF : Dotation annuelle de financement  
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
DMI : Dispositifs médicaux implantables  
GHM : Groupe homogène de malade  
GHS : Groupe homogène de séjour  
GHT : Groupe homogène de tarifs  
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses  
HAD : Hospitalisation à domicile  
MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique  
MERRI : Missions d'enseignement, recours, recherche et innovation  
MIGAC : Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation  
MO : Molécules onéreuses  
ODMCO : Objectif de dépenses pour les activités MCO  
ODAM : Objectif des dépenses d'assurance maladie  
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie  
OQN : Objectif quantifié national  
PGFP : Plan global de financement pluriannuel  
PMSI : Programme de médicalisation du système d'information  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
TPER : Tableau pluriannuel des emplois rémunérés  
TFP : Tableau de financement pluriannuel  
UCR : Union de coordination régionale

1

# Définition des enveloppes de financement au niveau national \*

Niveau national

\* Les données chiffrées correspondent à la ventilation de l'ONDAM pour 2007



Niveau régional

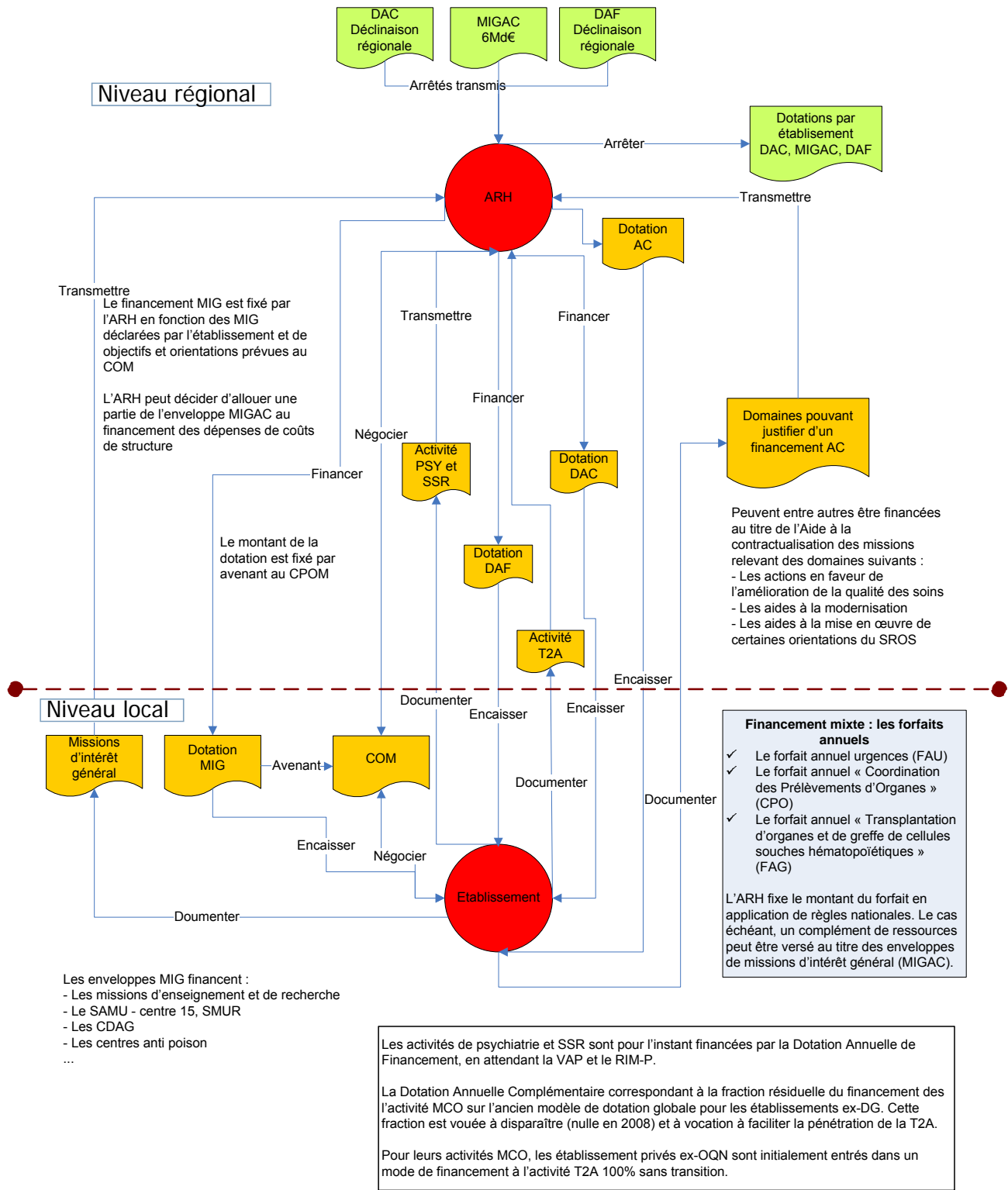
## Dotations régionales

En plus de la rémunération de l'activité MCO par des tarifs de prestations, les établissements entrant dans le champ de la tarification à l'activité (T2A) peuvent bénéficier de rémunérations pour les médicaments et les dispositifs médicaux implantables facturés en sus, et de forfaits annuels pour les activités d'urgences, les prélèvements d'organes et les greffes.

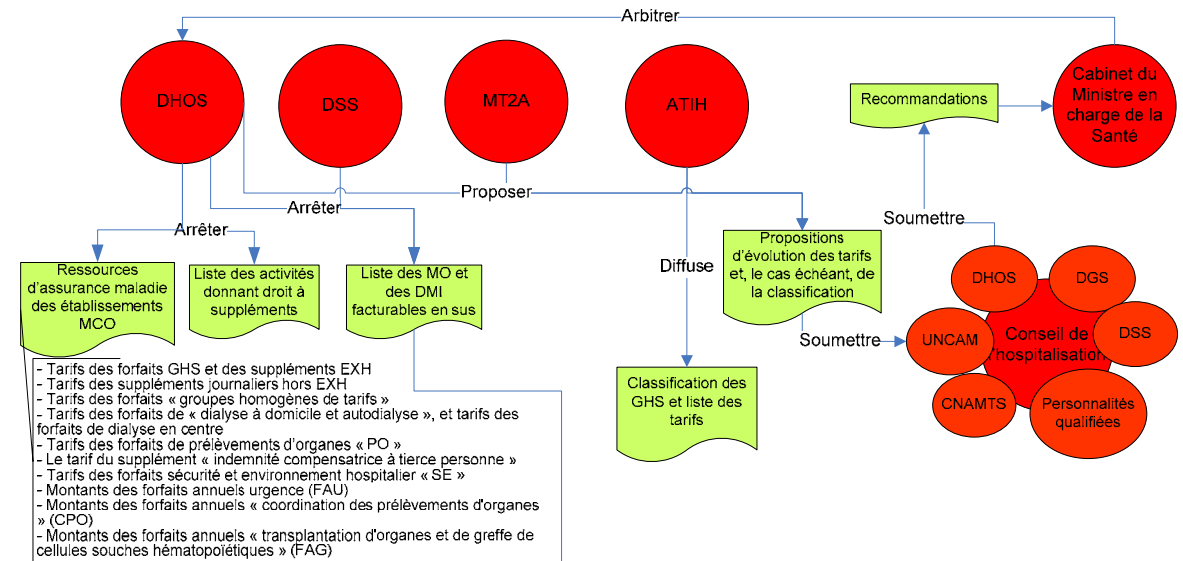
Jusqu'à fin 2007, la DAC représente la part du financement de l'activité en MCO restant sous dotation annuelle et assurant la transition vers un financement totalement alloué à l'activité.

L'ODAM concerne également l'activité des établissements maintenus hors du champ de la T2A (hôpitaux locaux, USLD, INI, hôpital de Fresnes, établissements de St Pierre et Miquelon et Mayotte).

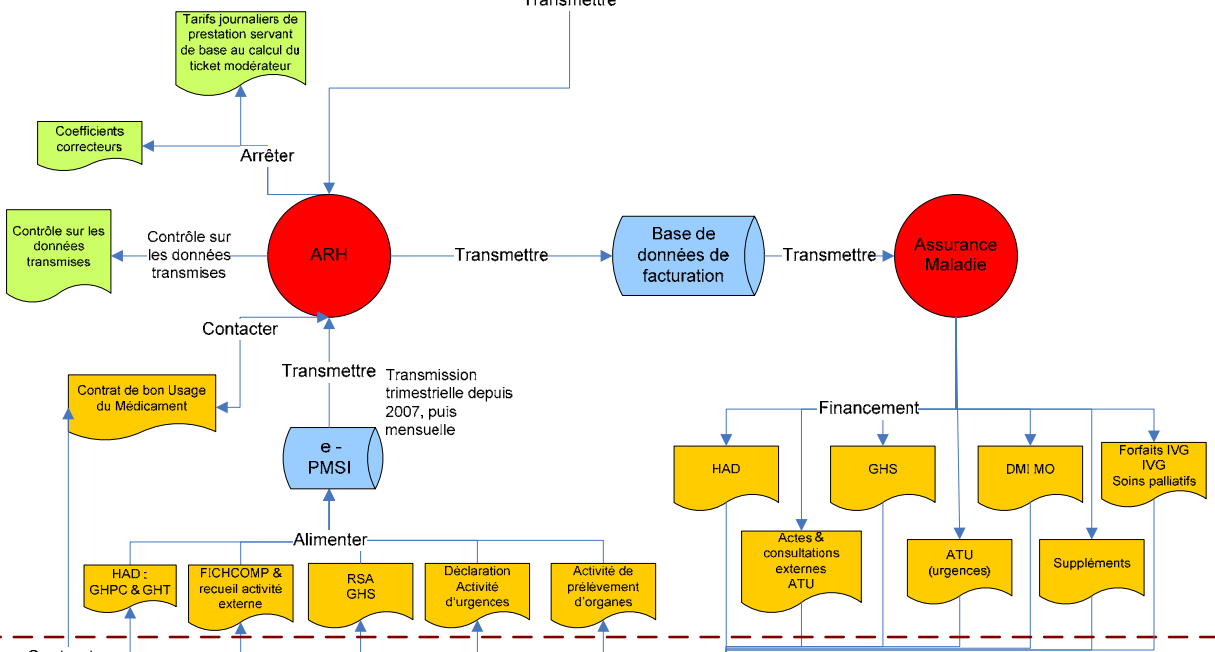
**Financement par dotation et mixte**



Niveau national



Niveau régional



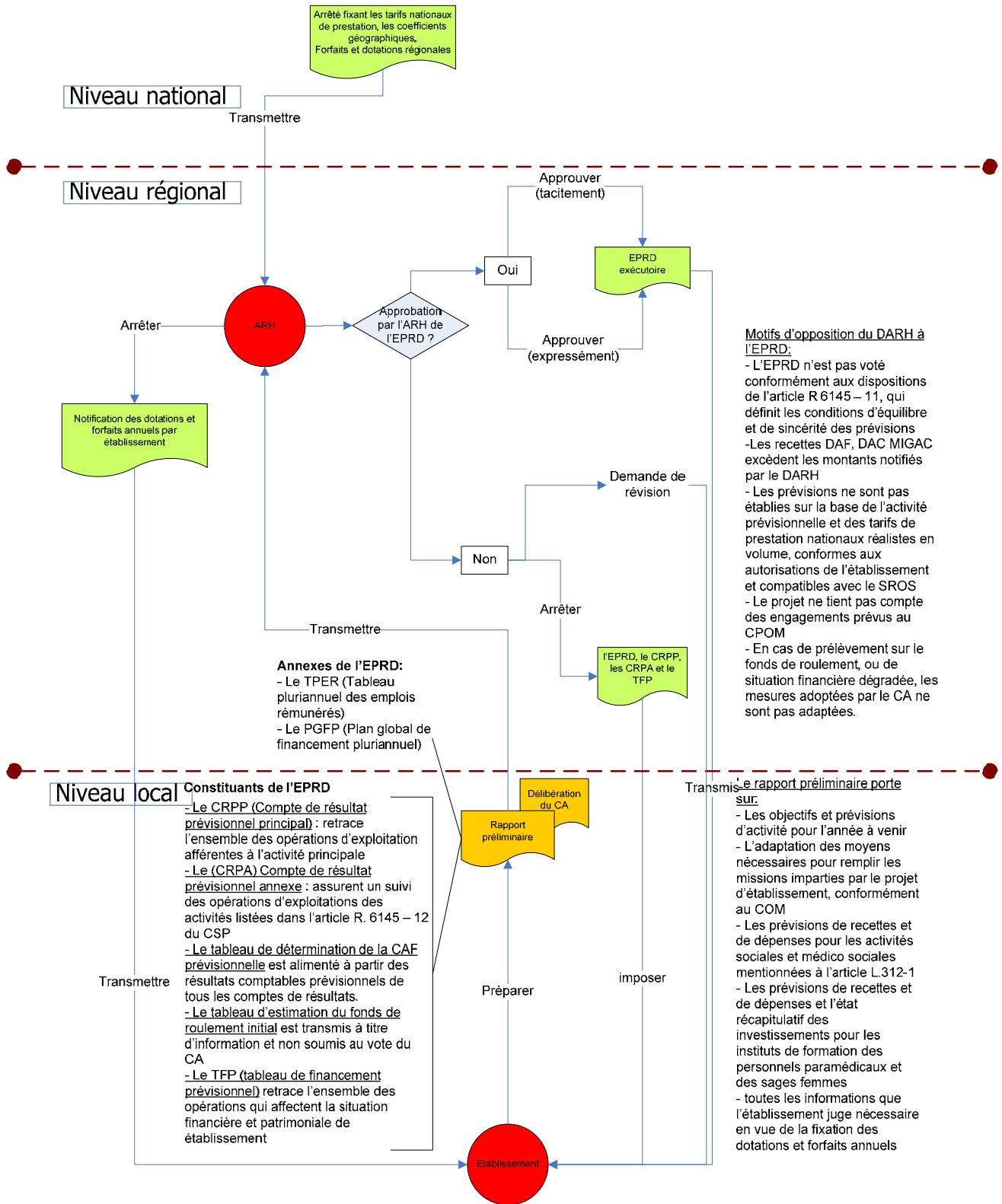
Niveau local



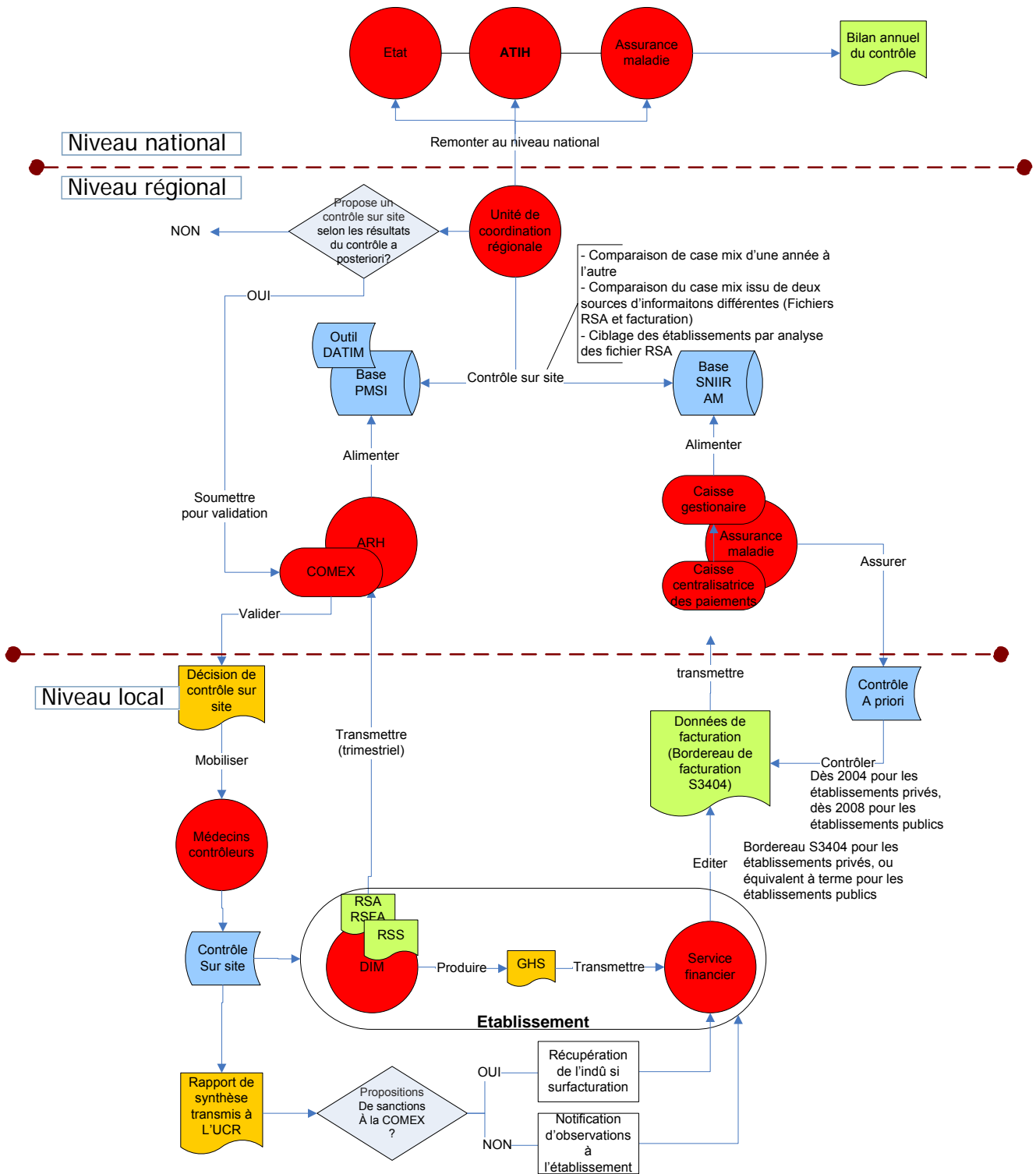
FICHCOMP permet de lier les consommations de médicaments et DMI payés en sus du GHS (conformément à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale) au séjour qui les a motivés.

A ce jour pour l'HAD le périmètre est différent selon les secteurs avec:  
 - Une inclusion des charges médicales dans les GHT du secteur public et PSP  
 - Une exclusion des charges médicales dans les GHT du secteur privé lucratif

Dans les cliniques privées chaque RSS est associé à un résumé standardisé de financement (RSF) qui reproduit la facture du séjour adressée par la clinique à l'Assurance maladie. Cette facture est le bordereau S3404 (successeur du bordereau 615).



## 5 Flux d'informations et processus de contrôle



Remarque ;  
 En 2007, les établissements publics produisent certains éléments constitutifs de la facturation, notamment pour les actes et consultations externes directement aux organismes d'assurance maladie.  
 En 2008 le schéma cible est le suivant : les établissements publics facturent directement la part activité à l'assurance maladie, sans interface de l'ARH.  
 Ainsi, en 2008, les circuits de l'information médicalisée sortant des établissements publics et privés deviendront superposables.

Article L 6143-3 et L 6145-1 du Code de la Santé Publique  
 Circulaire DHOS-F2-O/DSS-1A/2004 N°352 du 12 juillet 2004  
 Instruction DHOS-F2-O/DSS-1A/N°268 du 14 juin 2004  
 Lettre DHOS-F-N°2004-0381 du 10 mars 2004  
 LFSS 2008

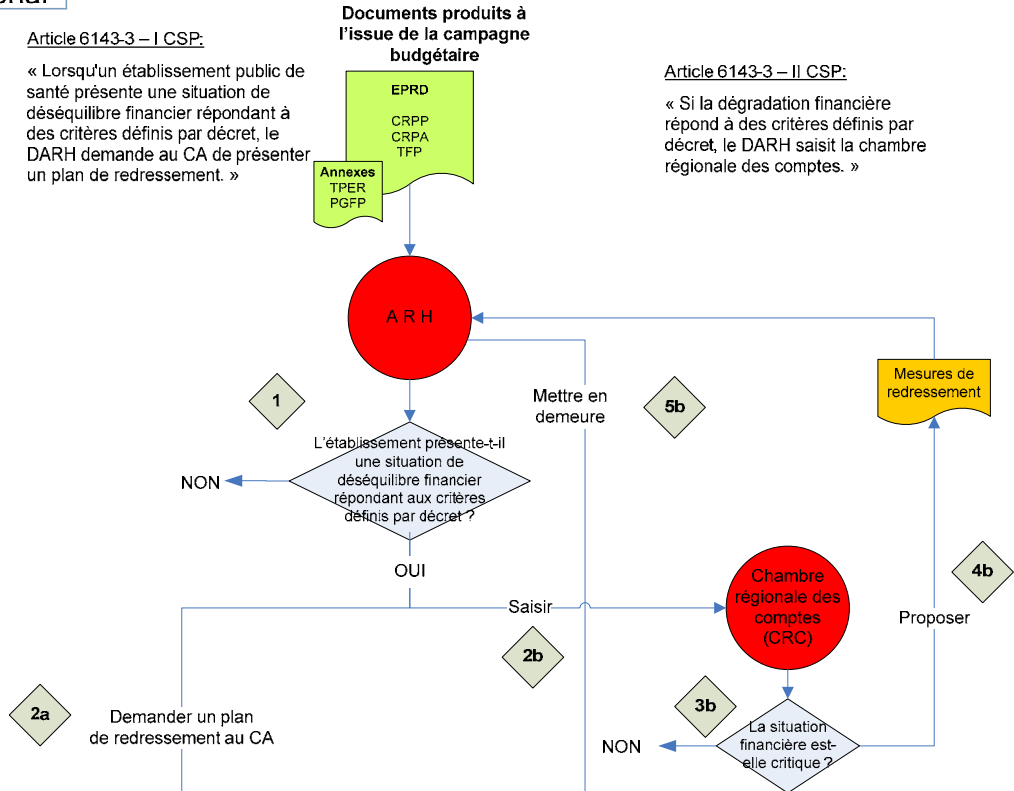
Niveau régional

Article 6143-3 – I CSP:

« Lorsqu'un établissement public de santé présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, le DARH demande au CA de présenter un plan de redressement. »

Article 6143-3 – II CSP:

« Si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le DARH saisit la chambre régionale des comptes. »



Niveau local

Le plan de redressement :

Chapitre 1: Diagnostic

- Données prévisionnelles initiales (cumul de déficits, déséquilibre financier, impact annuel de recettes 100%)
- Diagnostic partagé entre la DDASS, la CRAMIF et l'établissement
- Simulation pluriannuelle avant plan

Chapitre 2: Mesures générales

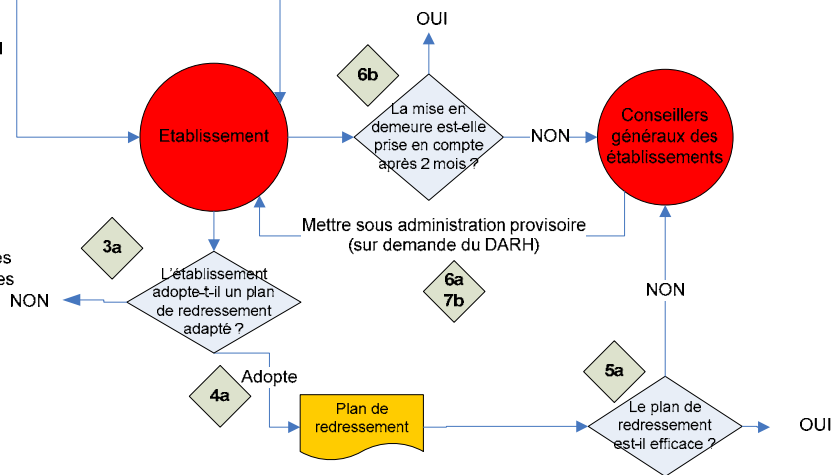
Concernent aussi bien l'activité que les coûts. optimisation de l'activité doit être appréciée au regard des besoins de la population, des orientations du SROS, des possibilités de partenariat et du contenu des projets médicaux de territoire.

Chapitre 3: Planification financière

Tableau similaire à la simulation pluriannuelle enrichie d'une ligne de recettes relative au financement exceptionnel prévu dans le cadre du contrat

Annexes au plan de redressement:

- Annexe X: Simulation pluriannuelle avant plan
- Annexe Y: Fiches de mesures générales de retour à l'équilibre
- Annexe Z: Tableau de synthèse financière du plan
- Annexe T: Planification financière pluriannuelle



Le plan de redressement élaboré par l'établissement doit décrire et quantifier les mesures générales de retour à l'équilibre envisagée, afin de justifier un projet de planification financière qui n'intègre pas, dans un premier temps, l'aide exceptionnelle de l'ARH.



## **Annexe 3 : Fiches acteurs**

# Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)

## HISTORIQUE

- Ancienne Direction des hôpitaux (DH)
- Organisation régie par l'arrêté du 21 juillet 2000 portant organisation de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en sous-directions

## COMPOSITION

- Sous-direction de l'organisation du système de soins
- Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé
- Sous-direction des affaires financières
- Sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers
- Sous-direction des professions médicales et des personnels médicaux hospitaliers
- Sous-direction des affaires générales

## NIVEAU

National

## MISSIONS

### *T2A / mode de financement*

- Concevoir, mettre en œuvre et assurer le suivi de la politique de tarification et de régulation financière des établissements de santé et des activités et des services de soins pour personnes âgées, en établissements et à domicile

### *Planification sanitaire*

- Organiser l'offre de soins en liaison avec la Direction générale de la santé mais aussi la Direction générale de l'action sociale et la Direction de la sécurité sociale
- Rechercher une meilleure réponse aux besoins de la population par une optimisation des moyens

## RÔLES

### *Décisionnaire*

#### *T2A / mode de financement*

- Déterminer les règles et modalités de tarification des prestations délivrées par les établissements de santé, en liaison avec la direction de la sécurité sociale
- Fixer les ressources de l'assurance maladie (forfaits GHS, suppléments journaliers, forfaits GHT, forfaits dialyse, forfaits prélèvement d'organes, forfait sécurité et environnement hospitalier, forfait annuel urgence, forfait greffe de cellules souches hématopoiétiques)
- Arrêter les enveloppes forfaitaires
- Analyser les déclarations des établissements concernés par les MIGAC (transmises par les ARH)
- Coordonner le dispositif national de la dématérialisation des flux de facturation

#### *Planification sanitaire*

- Réglementation et application des actions concourant à l'organisation générale de l'offre de soins
- Réglementation et instruments d'organisation de l'offre de soins hospitalière

### *Consultatif*

#### *T2A / mode de financement*

#### *Planification sanitaire*

## Mission Tarification à l'Activité (MT2A)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mission mise en place fin 2002</li> <li>▪ Rend compte directement au Ministre de la Santé</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un directeur opérationnel</li> <li>▪ Un responsable scientifique</li> <li>▪ 11 chargés de mission</li> <li>▪ 1 assistante</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
National	
<b>MISSIONS</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créer et ajuster le modèle de financement et d'allocation des ressources en mode T2A</li> <li>▪ Assurer la mise en œuvre opérationnelle de la réforme de la T2A, en lien avec la DHOS et l'ATIH</li> <li>▪ Participer à la réflexion sur les évolutions de la réforme, notamment, pour 2008 : préparation de la T2A SSR et psychiatrie, poursuite de la réforme des MERRI, travaux sur la convergence public/privé...</li> <li>▪ Gérer la communication sur les dispositifs de réforme T2A</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<b>RÔLES</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<i>Décisionnaire</i>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<i>Consultatif</i>	

# Conseil de l'Hospitalisation

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créé par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie</li> <li>▪ Mis en place avec un arrêté du 8 octobre 2004</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deux représentants de la DHOS</li> <li>▪ Un représentant de la DSS</li> <li>▪ Le DGS ou son représentant</li> <li>▪ Le directeur général de la CNAMTS ou son représentant</li> <li>▪ Un représentant des organismes nationaux d'assurance maladie désigné par le collège des directeurs de l'UNCAM</li> <li>▪ Une personne qualifiée nommée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale</li> </ul> <p>La présidence du conseil est assurée par le DHOS.</p> <p>Le conseil se réunit au moins 6 fois par an et en tant que de besoin.</p>	
<b>NIVEAU</b>	
National	
<b>MISSIONS</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relative aux frais d'hospitalisation</li> </ul>	
<b>RÔLES</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La classification et les tarifs des GHS</li> <li>▪ La liste et les conditions dans lesquelles certaines spécialités pharmaceutiques et certains produits et prestations peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus</li> <li>▪ Le montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales et régionales mentionnés</li> <li>▪ Le montant de la dotation nationale et des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation</li> <li>▪ Le montant des dotations annuelles complémentaires et leur répartition en montants régionaux</li> <li>▪ Les coefficients de transition moyens régionaux</li> </ul>	

# Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créée par le décret n° 2000-1982 du 26 décembre 2000</li> <li>▪ Établissement public de l'État à caractère administratif, placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (DHOS)</li> <li>▪ Correspond au regroupement du pôle d'Expertise et de Référence National de Nomenclature en Santé (PERNNS), la mission chargée du PMSI et le centre de traitement des informations du PMSI</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un directeur</li> <li>▪ Le conseil d'administration</li> <li>▪ Le comité consultatif (qui émet des avis sur le programme des travaux confiés à l'agence ainsi que toute observation ou recommandation en relation avec les systèmes d'information sur l'hospitalisation.</li> <li>▪ Comité des projets</li> <li>▪ Secrétariat Général</li> <li>▪ Service « Architecture et productions informatiques »</li> <li>▪ Service « Valorisation et synthèse »</li> <li>▪ Service « classifications et information médicale »</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
National	
<b>MISSIONS</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Travaux techniques concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers d'informations sur l'hospitalisation ainsi qu'au traitement de ces informations</li> <li>▪ Concours aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<b>RÔLES</b>	
<i>Décisionnaire</i>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsable de l'Étude Nationale des Coûts Commune et des travaux de natures informatique concourant au fonctionnement du PMSI</li> <li>▪ Conception d'outils statistiques tels DATIM (outil de « ciblage » utilisé dans les processus de contrôle externe du codage de l'activité des établissements de santé.)</li> <li>▪ Responsable depuis 2003 de l'actualisation de la classification des GHM</li> <li>▪ Diffusion de logiciels de traitement de l'information hospitalière</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Consultatif</i>
	<i>Planification sanitaire</i>

# Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)

## HISTORIQUE

- Instaurée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Groupement d'intérêt public, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, et constituée entre l'État et l'assurance maladie, placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale

## COMPOSITION

- Directeur
- Chargés de mission / conseillers
- Commission exécutive : un collège « État » (directeur de la DRASS, médecin inspecteur régional et directeurs des DDASS) et un collège « Assurance Maladie » (directeur de la CRAM, directeur de l'URCAM, médecin conseil régional de la direction régionale du service médical, directeur désigné par l'association régionale des caisses MSA, directeur de la caisse maladie régionale)
- Appui des services de l'État (DRASS, DDASS, médecin inspecteur régional) et de l'assurance maladie (CRAM et échelon régional du contrôle médical - DRSM)

## NIVEAU

Régional

## MISSIONS

### *T2A / mode de financement*

- Analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés
- Déterminer les ressources des établissements de santé à travers la campagne budgétaire
- Contrôler leur fonctionnement

### *Planification sanitaire*

- Définir et mettre en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le SROS et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements

## RÔLES

### *Décisionnaire*

### *T2A / mode de financement*

- *Commission exécutive*
  - Arrêté régional des dotations par établissement (DAF, MIGAC, DAC)
  - Orientations budgétaires présidant à l'allocation des ressources des établissements de santé
  - Réception et analyse des informations PMSI des établissements
  - Animation de la campagne budgétaire, analyse et cadrage des EPRD
  - Déclenchement de seuils d'alerte pour la mise en demeure des établissements et demande d'un plan de redressement
  - Saisine de la Chambre Régionale des Comptes en cas d'insuffisance du plan de redressement

### *Planification sanitaire*

- *Directeur*
  - Territoires de santé, par activité et équipement
  - SROS
  - Admission à participer au service public hospitalier
  - Retrait d'autorisation ou modification de son contenu
- *Commission exécutive*
  - Autorisations de création, extension, conversion, regroupement et installations concernant les établissements de santé
  - Contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les établissements

## Conférence sanitaire

### *Consultatif*

### *T2A / mode de financement*

### *Planification sanitaire*

- *Commission exécutive*
  - SROS
  - Admission à participer au service public hospitalier

### HISTORIQUE

- Instaurée par l'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
- Remplace la conférence sanitaire de secteur (nouveau périmètre + introduction de nouveaux acteurs : élus et usagers)
- Constituée par le Directeur de l'ARH

### COMPOSITION

- Représentants des établissements de santé
- Représentants des professionnels de santé libéraux
- Représentants des centres de santé
- Représentants des élus
- Représentants des usagers
- D'autres organismes concourant aux soins, à condition d'y être autorisés par le directeur de l'ARH sur avis de la conférence

### NIVEAU

Territoire de santé

### MISSIONS

*T2A / mode de financement*

*Planification sanitaire*

- Promouvoir la coopération entre les établissements (dans le cadre notamment du projet médical de territoire)
- Faire toute proposition au directeur de l'ARH sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du SROS

### RÔLES

*Décisionnaire*

*T2A / mode de financement*

*Planification sanitaire*

- Projet médical de territoire

*Consultatif*

*T2A / mode de financement*

*Planification sanitaire*

- SROS



## Comité régional de l'organisation sanitaire (CROS)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instaurée par l'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</li> <li>▪ Remplace la section compétente du Conseil Régional de Santé, qui elle-même remplaçait la section sanitaire du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS)</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Représentants des collectivités territoriales</li> <li>▪ Représentants des professionnels, médicaux et non médicaux, du secteur sanitaire hospitalier et libéral</li> <li>▪ Représentants des institutions et établissements de santé publics et privés</li> <li>▪ Représentants des personnels de ces institutions et établissements</li> <li>▪ Représentants des organismes d'assurance maladie</li> <li>▪ Représentants des usagers</li> <li>▪ Personnalités qualifiées</li> <li>▪ Représentants du comité régional de l'organisation sociale et médicosociale</li> <li>▪ Directeur de l'ARH (assiste sans voix délibérative aux travaux)</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Région	
<b>MISSIONS</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<b>Planification sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins</li> </ul>
<b>RÔLES</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<b>Décisionnaire</b>  <b>Planification sanitaire</b>
<i>T2A / mode de financement</i>	<b>Consultatif</b>  <b>Planification sanitaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Projets de SROS</li> <li>▪ Projets de délibération de la Commission exécutive de l'ARH sur les autorisations</li> <li>▪ Définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins</li> <li>▪ Toute question relative à l'organisation sanitaire dans la région</li> </ul>

# Union des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (URCAM)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instaurée par l'ordonnance du 24 avril 1996 dite « Ordonnance Juppé »</li> <li>▪ Modifiée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les caisses primaires d'assurance maladie du régime général (CPAM)</li> <li>▪ Le Régime Social des Indépendants (RSI)</li> <li>▪ Les caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA)</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Région	
<b>MISSIONS</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Piloter la mise en place de la « maîtrise médicalisée » à l'hôpital, en accord avec l'ARH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promouvoir et évaluer les actions de coordination des soins et la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé et négocier et signer les accords prévus à cet effet</li> </ul>
<b>RÔLES</b>	
<i>Décisionnaire</i>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Animation des accords avec les professionnels de santé sur les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers</li> <li>▪ Cogérer avec l'ARH la mission régionale de santé sur 4 sujets : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Répartition territoriale des professions de santé</li> <li>- Permanence des soins</li> <li>- Coordination des soins</li> <li>- Gestion du risque</li> </ul> </li> </ul>
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<i>Consultatif</i>	

# Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créée par l'ordonnance du 21 août 1967, mettant fin à la caisse nationale unique pour les branches vieillesse, famille et maladie</li> <li>▪ Missions modifiées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (nouvelles responsabilités en matière de régulation du système de soins)</li> <li>▪ Organisme de droit privé exerçant une mission de service public</li> <li>▪ Dépend de la CNAMTS et de la CNAVTS</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<b>NIVEAU</b>	
Régional	
<b>MISSIONS</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer à l'allocation des moyens des établissements de soins, au sein de l'ARH</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer à l'organisation de l'offre de soins, au sein de l'ARH</li> </ul>
<b>RÔLES</b>	
<i>Décisionnaire</i>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recevoir et traiter les informations de facturation transmises par les établissements de santé</li> <li>▪ Payer la prise en charge relevant de la T2A</li> <li>▪ Assurer un contrôle a priori et systématique sur les données de facturation</li> <li>▪ Participation du Directeur à la Commission exécutive de l'ARH, en tant que vice-président de droit</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participation du Directeur à la Commission exécutive de l'ARH, en tant que vice-président de droit</li> </ul>
<i>Consultatif</i>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer au Comité régional des contrats des établissements privés (CRCEP)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer à l'élaboration des SROS, dans le cadre des groupes de travail, en mettant en avant la notion de prise en charge globale du patient, notamment aux urgences, ou grâce à la médecine interne, en soins de suite et de réadaptation, pour les personnes âgées par exemple</li> <li>▪ Donner un avis financier sur les dossiers d'autorisations d'activités ou d'équipements lourds, dans le cadre du CROS ou de la COMEX de l'ARH</li> </ul>

# Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie (DRSM)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créée par l'ordonnance du 21 août 1967, mettant fin à la caisse nationale unique pour les branches vieillesse, famille et maladie</li> <li>▪ Missions modifiées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (nouvelles responsabilités en matière de régulation du système de soins)</li> <li>▪ Partenaire indépendant des organismes régionaux et locaux de l'Assurance Maladie, garantie de l'impartialité des avis donnés et de l'équité de traitement.</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intégré à la CNAMTS, le Service médical se déploie dans les régions (Direction régionale du Service médical) et circonscriptions locales (échelon local du Service médical) du réseau de l'Assurance Maladie</li> <li>▪ 17 structures régionales emploient près de 10 400 personnes : 2 500 praticiens-conseils et 7 500 agents administratifs environ</li> <li>▪ Au niveau régional, la DRSM est dirigée par le médecin-conseil régional.</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Région	
<b>MISSIONS</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir des avis aux décideurs tels les directeurs d'ARH, en vue de l'allocation de ressources aux établissements sanitaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fournir des avis aux décideurs tels les directeurs d'ARH, en vue de la planification hospitalière, notamment à partir des données du contrôle externe de l'activité des établissements</li> </ul>
<b>RÔLES</b>	
<i>Décisionnaire</i>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rôle délibérant du médecin-conseil régional à la Commission exécutive de l'ARH (ex. pour les CREF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rôle délibérant du médecin-conseil régional à la Commission exécutive de l'ARH (ex. pour les autorisations)</li> </ul>
<i>Consultatif</i>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Planification sanitaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer au Comité régional des contrats des établissements privés (CRCEP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participer à l'élaboration des SROS, dans le cadre des groupes de travail</li> <li>▪ Donner un avis médical les dossiers d'autorisations d'activités ou d'équipements lourds, dans le cadre du CROS ou de la COMEX de l'ARH</li> </ul>

## Unité de Coordination Régionale (UCR)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créée par le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (article R. 162-42-10 du CSS).</li> <li>▪ Instance technique mixte (Etat et assurance maladie)</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personnels des caisses d'assurance maladie</li> <li>▪ Personnels de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation</li> <li>▪ Composée en majorité de médecins, notamment le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants</li> <li>▪ L'UCR est présidée par un médecin conseil de l'assurance maladie</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Régional	
<b>MISSIONS</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Proposer à la COMEX de l'ARH le programme de contrôle (données d'activité et de facturation des établissements)</li> <li>▪ Coordonner la réalisation de ce programme</li> <li>▪ Proposer les sanctions à la COMEX</li> </ul>	<p><i>Planification sanitaire</i></p>
<b>RÔLES</b>	
<i>Décisionnaire</i>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analyser les résultats de ciblage réalisés et propose le programme de contrôle régional en conformité avec les orientations nationales</li> <li>▪ Recevoir et analyser de tous les contrôles sur site émis par les médecins contrôleurs</li> <li>▪ Préparer le rapport de synthèse avec le médecin conseil responsable du contrôle sur site</li> <li>▪ Élaborer le bilan annuel du programme régional de contrôle, transmis à la COMEX</li> </ul>	<p><i>Planification sanitaire</i></p>
<i>Consultatif</i>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solliciter les instances d'expertise en cas de désaccord de l'établissement</li> <li>▪ Proposer à la COMEX les sanctions justifiées par le constat des surfacturations mises en évidence lors du contrôle sur site</li> </ul>	<p><i>Planification sanitaire</i></p>

## Mission Régionale de Santé (MRS)

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance maladie</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARH et URCAM, selon une convention</li> <li>▪ Dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Région	
<b>MISSIONS</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déterminer les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux</li> <li>▪ Formuler des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins</li> <li>▪ Définir, conduire et suivre le programme annuel des actions destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux</li> <li>▪ Définir, conduire et suivre le programme annuel de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires</li> </ul>
<b>RÔLES</b>	
<i>T2A / mode de financement</i>	<p style="text-align: center;"><i>Décisionnaire</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Document d'orientation relatif à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux</li> <li>▪ Prise en charge par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), sous la forme d'un règlement forfaitaire, des dépenses des réseaux de santé et des maisons médicales de garde (l'attribution des aides du FIQCS est déconcentrée pour l'ensemble des actions à caractère régional ou local et confiée aux MRS)</li> </ul>
<i>T2A / mode de financement</i>	<p style="text-align: center;"><i>Consultatif</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>

## Chambre régionale des comptes

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créées par la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions (articles 84 à 89).</li> <li>▪ Elles sont des services déconcentrés de l'État, à forme juridictionnelle</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les magistrats des CRC sont membres du corps des anciens élèves de l'ENA ou issus des corps fonctionnaires de l'État et des collectivités locales ;</li> <li>▪ Personnel permanent, assistants de vérification, personnel temporaire, experts.</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Région	
<b>MISSIONS</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mission transversale de régulation de la décentralisation</li> <li>▪ Contribuer à l'équilibre des pouvoirs et des compétences voulues par le législateur</li> <li>▪ Veiller à la régularité, à la qualité et la probité des gestions publiques locales</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<b>RÔLES</b>	
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saisine de la CRC par le directeur de l'ARH à défaut d'adoption par le conseil d'administration d'un plan de redressement adapté</li> <li>▪ Évaluation de la situation financière de l'établissement et propositions de mesures de redressement le cas échéant, dans un délai de deux mois après la saisine</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>
<p style="text-align: center;"><i>T2A / mode de financement</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Planification sanitaire</i></p>

# Conseillers généraux des établissements de santé

<b>HISTORIQUE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Créés par le Décret n° 2006-720 du 21 juin 2006</li> <li>▪ Les conseillers généraux des établissements de santé sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.</li> </ul>	
<b>COMPOSITION</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peuvent être nommés par la voie du détachement dans l'emploi de conseiller général des établissements de santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Les fonctionnaires de catégorie A, notamment les directeurs d'hôpital</li> <li>➢ Les praticiens hospitaliers titulaires et les membres des personnels enseignants et hospitaliers titulaires</li> </ul> </li> <li>▪ Peuvent être recrutés par contrat : Les personnalités occupant ou ayant occupé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique</li> </ul>	
<b>NIVEAU</b>	
Région	
<b>MISSIONS</b>	
<i>T2A / mode de financement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Animation de missions de conseil, d'étude, d'assistance à la demande du ministre chargé de la santé</li> </ul>	<i>Planification sanitaire</i>
<b>RÔLES</b>	
<i>Décisionnaire</i>	
<i>T2A / mode de financement</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mandatés pour assurer l'administration provisoire des établissements de santé lorsque la mise en demeure par le directeur de l'ARH à l'établissement est restée sans effet pendant plus de deux mois, ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement.</li> <li>▪ Peuvent aussi être mandatés lorsque, après mise en demeure restée sans effet depuis plus de deux mois, le conseil d'administration s'abstient de délibérer.</li> </ul>	<i>Planification sanitaire</i>
<i>T2A / mode de financement</i>	<i>Consultatif</i>  <i>Planification sanitaire</i>



## **Annexe 4 : Monographie régionale – Franche-Comté**

# SOMMAIRE

<b>1. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>49</b>
1.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	49
1.2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE GLOBALE .....	49
1.3. OBJECTIFS D'UNE ÉTUDE TERRAIN RÉGIONALE .....	49
<b>2. CONTEXTE RÉGIONAL .....</b>	<b>50</b>
2.1. RAPPEL DES ACTEURS RENCONTRÉS .....	50
2.2. CONTEXTE SANITAIRE RÉGIONAL .....	50
2.2.1. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS RENCONTRÉS .....	50
2.2.2. PANORAMA DE L'OFFRE DE SOINS .....	50
2.2.3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ARH .....	51
<b>3. DIVERGENCES ENTRE LOGIQUES DE PLANIFICATION ET DE FINANCEMENT CONSTATÉES DANS LA RÉGION.....</b>	<b>52</b>
3.1. CONFLITS DANS LES OBJECTIFS ET LA PHILOSOPHIE GÉNÉRALE.....	52
3.2. CONFLITS DANS LES PROCESSUS.....	54
3.2.1. APPLICATION DES POINTS DE CONFLITS PRESENTIS DANS L'ÉTUDE THÉORIQUE..	54
3.2.2. AUTRES POINTS DE CONFLIT NON PRESENTIS DANS L'ÉTUDE THÉORIQUE ET CONSTATÉS SUR LE TERRAIN	60
3.3. CONFLITS DANS LE RÔLE DES ACTEURS RÉGIONAUX.....	61
3.3.1. RÔLE ET ORGANISATION DE L'ARH.....	61
3.3.2. RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE .....	62
3.3.3. RÔLE DE LA DRASS ET DES DDASS .....	63
3.3.4. INSTANCES DE COORDINATION.....	63
<b>4. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>65</b>

# **1. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

## **1.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

L'enjeu de « l'étude des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la tarification à l'activité » 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. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE GLOBALE**

La méthodologie mise en œuvre dans le cadre de cette étude repose sur 3 étapes :

- ✓ L'élaboration d'une approche théorique des points de convergence et de divergence entre les deux logiques de planification sanitaire et de tarification à l'activité, pour le cas français. Cette approche théorique a été construite à partir d'une approche législative et réglementaire des processus d'organisation de la planification sanitaire d'une part et de la régulation financière d'autre part. Cette approche théorique fait l'objet d'une analyse critique et d'une validation par des experts du système sanitaire français.
- ✓ La réalisation de deux monographies régionales, afin de compléter et de nuancer le modèle théorique sur la base des évolutions et des jeux d'acteurs constatés sur le terrain.
- ✓ Une analyse d'expériences étrangères, à travers un benchmark sur 3 pays (Allemagne, Angleterre et Italie), afin de mettre 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, et les stratégies mises en œuvre, le cas échéant pour favoriser la convergence des logiques.

## **1.3. OBJECTIFS D'UNE ÉTUDE TERRAIN RÉGIONALE**

Les monographies régionales sont réalisées à l'issue de l'étude théorique et de sa validation dans le cadre d'une rencontre avec des experts et en parallèle du benchmark international sur 3 pays.

L'objectif de ces monographies est de confronter les points de convergence et de divergence identifiés dans la démarche théorique construite en première phase de la mission, 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 : Franche-Comté et Languedoc-Roussillon.

Les conclusions que nous pourrions tirer de ces rencontres avec des acteurs locaux permettront de dresser deux tableaux de régions au fonctionnement potentiellement différent du modèle théorique.

Ces tableaux compléteront le modèle théorique, en apportant un éclairage sur les écarts par rapport au modèle, en distinguant les particularités locales et les pratiques généralisables.

## 2. CONTEXTE RÉGIONAL

### 2.1. RAPPEL DES ACTEURS RENCONTRÉS

- ✓ Directeur de l'ARH et son adjoint : Patrice BLEMONT et Christian FAVIER
- ✓ Chargés de missions ARH :
  - Jean-Louis BOUTRY : investissements immobiliers
  - Vanessa BAILLY : contrôle de gestion
  - Agnès HOCHART : affaires budgétaires, contractualisation et ressources humaines
- ✓ Planification sanitaire / SROS :
  - Daniel JANDOT, chargé de mission Offre de soins et qualité du système de soins à la DRASS
  - Docteur Marie-Jeanne CHOULOT, Médecin Inspecteur Régional (DRASS)
- ✓ Établissements :
  - CH de Dole : Yves MAMIE, directeur ; Cyril GUAY, directeur financier
  - CH de Pontarlier : M. GRAS, responsable du service logistique, travaux, maintenance, membre du conseil exécutif ; Mme NICOD, ex-directrice financière ; M. VERMOT DES ROCHES, directeur financier ; M. BOKAN, DIM
  - Clinique Saint-Martin de Vesoul : Patrick CHARLOT, directeur
- ✓ Assurance maladie : Marie-Anne VEROT, médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM)

### 2.2. CONTEXTE SANITAIRE RÉGIONAL

#### 2.2.1. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS RENCONTRÉS

	<b>CH de Dole</b>	<b>CH de Pontarlier</b>	<b>Clinique Saint-Martin</b>
<b>Statut</b>	Public	Public	Privé
<b>Capacité</b>	488 lits	523 lits et places	60 lits et 7 places
<b>Champ d'activité</b>	MCO	MCO	Chirurgie et exploration fonctionnelle en gastroentérologie
<b>Grands projets</b>	Projet de restructuration des bâtiments existants, comprenant (selon les exigences du SROS un plateau technique commun avec la clinique de la ville)	En 2003, l'établissement a repris l'activité d'une clinique de chirurgie qui fermait ; quelques projets sont inscrits au Plan Hôpital 2012	Regroupement du plateau technique avec le CH de Vesoul inscrit au SROS 3 mais pas encore décidé
<b>CREF ?</b>	En cours de négociation	Non	Non
<b>Situation budgétaire</b>	Déficitaire (Déficit représentant 3 % des recettes prévisionnelles en 2007)	Déficitaire (Déficit représentant 0,5 % des recettes prévisionnelles en 2007)	Déficitaire depuis 2001

#### 2.2.2. PANORAMA DE L'OFFRE DE SOINS

- ✓ Population : 1,2 million ; faible densité ; région rurale

- ✓ Une offre très concentrée, issue d'une volonté de restructurations et regroupements depuis 10 ans
- ✓ Moins de 50 établissements de soins, dont 9 établissements publics et 8 privés en chirurgie
- ✓ Un découpage en 6 territoires de santé, ne recoupant pas les limites administratives
- ✓ 2 « zones blanches » non couvertes (Champlitte et plateau de Lamoura) et maintien de petites structures afin de garantir une offre de proximité dans certaines zones (Saint-Claude)
- ✓ Difficultés liées à la démographie médicale et soignante
- ✓ Des établissements légèrement perdants en T2A et connaissant des déficits légers (quelques établissements avec des gros déficits)
- ✓ Besoins de développement des structures de prise en charge des soins de suite, dans une logique de continuum de soins amont-aval, en raison de l'âge moyen de la population et de son évolution (population vieillissante).

### **2.2.3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ARH**

- ✓ DARH actuel présent depuis 5 ans
- ✓ Organisation « thématique » de l'ARH : 6 chargés de mission sont spécialisés sur leurs thèmes d'expertise et la confrontation des logiques de tarification et de planification est arbitrée par le DARH et son adjoint.
- ✓ Une organisation régionale qui préfigure l'ARS, avec une délégation par l'ARH de certaines responsabilités aux autres acteurs régionaux :
  - Le chef de projet SROS est à la DRASS
  - La validation des EPRD est déléguée à la CRAM
  - La validation des projets d'établissements est confiée aux DDASS
  - Implication forte de la DRASS, des DDASS et de l'Assurance Maladie (DRSM, CRAM et CPAM) dans la planification et le financement.
- ✓ Des cellules territoriales ont été mises en place sous l'égide des DDASS, qui ont notamment élaboré les CPOM
- ✓ L'ARH a impulsé la création d'un GCS pour la mise en place d'une plateforme informatique commune entre tous les établissements (EMOSIST<sup>1</sup>) et les réseaux de soins ville-hôpital.

---

<sup>1</sup> Le GCS EMOSIST a été créé en novembre 2004. Une première version a été déployée en 2006. La plate-forme a pour objectif de partager de faciliter les échanges d'information entre les établissements (identifiant patient unique, dossier médical minimum partagé, annuaire des professionnels...).

### **3. DIVERGENCES ENTRE LOGIQUES DE PLANIFICATION ET DE FINANCEMENT CONSTATÉES DANS LA RÉGION**

Nous présentons ci-dessous, à partir des éléments recueillis au cours des entretiens avec nos interlocuteurs, et des divers documents consultés, notre compréhension des points de conflit entre la logique de planification sanitaire et la logique de financement des établissements en mode T2A, en distinguant :

- ✓ Les conflits dans les objectifs et la philosophie générale des deux logiques
- ✓ Les conflits entre les processus de planification sanitaire et les processus de financement ; pour ces derniers, nous distinguons :
  - Les points de conflits pressentis dans l'étude théorique et leur application ou non à la région Franche-Comté
  - Les points de conflits non pressentis dans l'étude théorique mais constatés sur le terrain
- ✓ Les conflits dans le rôle des acteurs.

Dans tous les cas, nous illustrons nos propos à l'aide d'exemples de situations constatées sur le terrain, et mettons en évidence, le cas échéant, des perspectives d'évolution.

#### **3.1. CONFLITS DANS LES OBJECTIFS ET LA PHILOSOPHIE GÉNÉRALE**

Conflit théorique pressenti n° 1	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 peut faire l'objet de sanctions), alors que la T2A introduit, par des mécanismes d'incitation financière, une logique dynamique et évolutive de l'activité.
Application en Franche-Comté ; exemple	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.

<p>Conflit théorique pressenti n° 2</p>	<p>La planification sanitaire répond à une logique de proximité de l'accès aux soins qui, dans certains cas, peut imposer à un établissement le maintien d'activités qui mobilisent des moyens humains, matériels et immobiliers non couverts par les tarifs et insuffisamment compensées par les enveloppes forfaitaires (type MIG), entravant ainsi la rentabilité financière de l'établissement.</p>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>Le CH de Saint-Claude en Franche-Comté est une bonne illustration de ce conflit dans la région.</p> <p>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.</p> <p>Cette décision a été prise selon une logique pure de planification, sans prise en compte d'éléments financiers et sans « compensation » financière.</p>

### 3.2. CONFLITS DANS LES PROCESSUS

#### 3.2.1. APPLICATION DES POINTS DE CONFLITS PRESENTIS DANS L'ÉTUDE THÉORIQUE

Conflit théorique pressenti n° 3	<ul style="list-style-type: none"><li>- L'élaboration des SROS ne prend pas en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements.</li><li>- L'évaluation des SROS ne comprend pas d'indicateurs médico-économiques.</li></ul>
Application en Franche-Comté ; exemple	<p>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 ceux-ci doivent s'adapter en recherchant des sources d'efficience.</p> <p>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.</p> <p>En ce qui concerne l'évaluation des SROS, il convient de noter que 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.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p>



<p>Conflit théorique pressenti n° 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CPOM déclinent les SROS sans prendre en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements ; cependant, les CPOM doivent préciser les éléments financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces engagements</li> <li>- L'évaluation des CPOM ne comprend pas d'indicateurs médico-économiques</li> </ul>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>En Franche-Comté, les CPOM ont été signés dans une première version « légère », afin de respecter les échéances (l'ensemble des CPOM ont été signé 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.</p> <p>Par ailleurs, 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 les OQOS.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>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.</p> <p>Les CPOM étudiés (CH Dole et Pontarlier) font référence aux économies à réaliser dans le domaine des achats hospitaliers ; l'ARH de Franche-Comté (chargée de mission efficience) anime en effet actuellement un groupe de travail régional sur les achats.</p> <p>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 ...).</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 5</p>	<p>Une demande d'autorisation pour une nouvelle activité doit comporter un budget ou un compte d'exploitation ; cependant, la délivrance des autorisations n'est pas conditionnée par l'analyse de ce compte ou de ce budget d'exploitation ou tout du moins à l'équilibre budgétaire de ce budget prévisionnel.</p>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>En Franche-Comté, ce point n'est pas un conflit. En effet, dans le cadre de la procédure d'autorisation, deux types d'avis sont rendus par l'assurance maladie (en tant que rapporteur auprès du Comité régional d'organisation sanitaire ou dans le cadre des procédures simplifiées de renouvellement) : un avis médical de la DRSM (activité réelle de l'établissement, pathologies traitées, respect du SROS...) et une analyse financière de la CRAM. La DRSM et la CRAM ont institué des réunions mensuelles ou bimensuelles communes de préparation des réunions de la COMEX relatives aux autorisations. Ainsi, si la logique planificatrice domine (question de l'utilité médicale de l'activité), la logique financière reste présente.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 6</p>	<p>La méthode de valorisation des tarifs des GHS induit une déconnexion entre les coûts constatés et les tarifs fixés et n'est pas toujours lisible pour les établissements.</p>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>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...</p> <p>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 en favoriser les échanges entre DIM.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 7</p>	<p>La notion de « contrat d'objectifs et de moyens » pose question dans la mesure où les établissements s'engagent sur des objectifs alors que l'ARH ne s'engage pas sur des moyens.</p>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>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 <i>a posteriori</i> non garantis).</p> <p>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).</p> <p>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).</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 8</p>	<p>Le lien n'est pas avéré entre les ressources engagées par un établissement pour mettre en œuvre des activités correspondant à des missions d'intérêt général, et le montant de l'enveloppe MIGAC qui lui est attribué, du fait du mode de valorisation des enveloppes.</p>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>Ce conflit est ressenti par les établissements.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>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.</p> <p>Ce travail 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.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 9</p>	<p>Le financement d'un projet d'investissement est théoriquement conditionné par le maintien de l'équilibre financier de l'établissement, mais, dans les faits, des projets non rentables peuvent être financés s'ils correspondent à des priorités de planification.</p>
<p>Application en Franche-Comté ; exemple</p>	<p>La Franche-Comté est confrontée à ce conflit potentiel.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>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.</p> <p>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.</p>

### 3.2.2. AUTRES POINTS DE CONFLIT NON PRESENTIS DANS L'ÉTUDE THÉORIQUE ET CONSTATÉS SUR LE TERRAIN

<p>Conflit constaté en Franche-Comté n° 1</p>	<p>En théorie, l'ARH peut s'opposer à l'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 les CPOM.</p> <p>Or, la construction de l'EPRD par les établissements rencontrés s'appuie sur des prévisions d'activité qui ne respectent pas forcément les fourchettes OQOS (c'est également le cas pour les CREF). Ainsi, la Clinique Saint-Martin a proposé des états budgétaires prévisionnels sur la base de prévisions d'activité en-dessous de la fourchette basse pour certaines.</p> <p>L'acceptation de l'EPRD est effectuée en collaboration avec la CRAM.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>Dans le cadre de la révision du SROS prévue en 2008 un travail de réévaluation des OQOS soit être mené ; cette révision permettra sans doute d'ajuster les OQOS en fonction de prévisions d'activités actualisées</p>
---	--

<p>Conflit constaté en Franche-Comté n° 2</p>	<p>Le maintien d'une dotation globale pour les activités hors MCO freine les établissements dans la recomposition de leur offre de service, en particulier dans le cas d'un transfert d'activités MCO vers des activités SSR.</p> <p>En effet, ce type de transfert d'activité est fortement incité dans le cadre du SROS, afin d'assurer un continuum de prise en charge, notamment pour les personnes âgées. Or, dans le système actuel de financement des activités SSR par une DAF, un établissement doit négocier une mesure nouvelle, dans une période contractuelle dont les ressources ont été fondées sur un régime de financement à l'activité.</p> <p>Le transfert d'activités avec des modes de financement différents s'avère donc complexe dans un contexte contractuel donné. Dans ce type de situations, une renégociation du CPOM pourrait être envisagée.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>L'extension du modèle T2A au champ du SSR est prévue au niveau national à l'horizon 2011-2012 mais nécessite de nombreux pré-requis (nouvelle classification, nouvelle ENC, détermination de la séquence de soins la plus appropriée...). Des travaux sont en cours pour mettre en œuvre dès que possible un modèle de transition, qui sera testé en 2008 pour une première application en 2009.</p>
---	--

<p>Conflit constaté en Franche-Comté n° 3</p>	<p>La validation des projets d'établissements est confiée à la DDASS (dans le cadre des cellules de territoire, associant l'Assurance maladie), y compris lorsque ceux-ci comprennent des projets d'investissements, sans que le chargé de mission « Investissements » de l'ARH en soit tenu informé.</p> <p><i>Perspectives :</i></p> <p>Une meilleure coordination est à prévoir sur ce point ; la mise en place des ARS constituera une réponse appropriée.</p>
---	--

### **3.3. CONFLITS DANS LE RÔLE DES ACTEURS RÉGIONAUX**

#### **3.3.1. RÔLE ET ORGANISATION DE L'ARH**

##### Organisation de l'ARH

- ✓ Chaque chargé de mission 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.
- ✓ 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, qui préfigure en quelque sorte une future Agence Régionale de Santé (ARS) ; il s'agit sans aucun doute d'une bonne pratique à transposer dans d'autres régions.

##### Evolution du rôle de l'ARH

###### ✓ *Attentes des établissements*

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...).
- ✓ *Vision de l'ARH*
- 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 9 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.

#### Compléments par rapport à la vision théorique

L'organisation interne de l'ARH et la répartition des rôles entre les acteurs régionaux confirment la vision théorique d'une séparation des fonctions planificatrice et financière. Cependant, la Franche-Comté semble avoir mis en place un système original d'implication et de coordination de l'ensemble des acteurs régionaux sur les deux logiques, avec un rôle de synthèse et d'arbitrage de la part du DARH.

En ce qui concerne le rôle de l'ARH, les évolutions envisagées correspondent aux recommandations de la mission IGAS-IGF concernant le renforcement du rôle de pilotage médico-économique de l'ARH<sup>2</sup>.

### **3.3.2. RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE**

En Franche-Comté, l'Assurance Maladie est fortement impliquée à la fois dans la planification et dans le financement, avec un partage des tâches entre la DRSM (qualité des soins et réponse aux besoins de santé) et la CRAM (approche financière et économique).

#### Sur la planification sanitaire

- ✓ Les praticiens conseils ont été très impliqués dans la construction du SROS : ils ont participé à l'ensemble des groupes de travail et ont été désignés comme pilote ou copilote pour environ le tiers des groupes ; la CRAM a également participé.
- ✓ La DRSM a un rôle délibérant renforcé dans la commission exécutive, le médecin conseil régional et son adjoint ayant chacun une voix. Les directeurs de CRAM, URCAM, RSI et MSA ont également une voix délibérative en COMEX.
- ✓ Le service médical de la DRSM intervient comme rapporteur devant le Comité Régional d'Organisation Sanitaire (CROS) dans l'analyse des demandes d'autorisations ou de renouvellement d'activité et matériel lourd, en donnant un avis médical ; la CRAM donne également un avis sur la rentabilité financière des projets et peut aussi être rapporteur devant le CROS. Des réunions de préparation communes sont organisées entre la CRAM et la DRSM.
- ✓ L'URCAM, la CRAM et le service médical participent aux réunions des cellules territoriales chargées d'étudier les projets de territoire et les CPOM, sous l'égide de la DDASS.

#### Sur le financement

- ✓ Le médecin conseil régional donne un avis technique (du fait de sa bonne connaissance des établissements) dans le cadre de la COMEX, sur l'attribution des enveloppes MIGAC aux établissements.
- ✓ La CRAM et la DRSM participent au Comité régional des contrats des établissements privés (CRCEP), qui a vocation à discuter de points tels que l'attribution d'enveloppes MIGAC, la définition du taux de conversion, etc.
- ✓ La DRSM participe à l'élaboration et au suivi des contrats de bon usage des médicaments (BUS) et des dispositifs médicaux implantables : en cas de non respect du contrat, le médecin-conseil régional peut proposer à la COMEX de réduire le taux de remboursement hors GHS (la situation ne s'est pas présentée en Franche-Comté).

---

<sup>2</sup> Mission d'audit de modernisation, Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières, IGAS-IGF, avril 2007.



- ✓ La CRAM intervient dans l'élaboration des CREF ; la DRSM donne son avis sur les CREF en COMEX. La DRSM et la CRAM peuvent être sollicitées par la CNAMTS ou l'ARH pour réaliser des analyses d'établissements en difficulté (sur le plan de l'activité).
- ✓ L'URCAM pilote la mise en place de la « maîtrise médicalisée » à l'hôpital, en accord avec l'ARH.
- ✓ Le Comité technique régional de l'information médicale (COTRIM), composé de médecins-conseil des différents régimes et des DIM des établissements de la région, est particulièrement dynamique en Franche-Comté ; son rôle est d'accompagner les DIM dans la mise en œuvre des textes sur l'évolution des tarifs, les règles de codage, de contrôle, etc.
- ✓ La DRSM contrôle 1 % des séjours sur le plan médical ; une unité de coordination régionale (composée en grande partie de médecins conseil des différents régimes), placée auprès de l'ARH, cible les séjours à contrôler.
- ✓ La validation des données des établissements (contrôle *a priori*), qui est du ressort de l'ARH, est confiée en Franche-Comté à la CRAM.

#### Compléments par rapport à la vision théorique

Par rapport au modèle théorique (issu de l'analyse des textes réglementaires), l'Assurance Maladie semble particulièrement impliquée en Franche-Comté sur les deux logiques, avec une bonne coordination entre la vision médicale de la DRSM et la vision financière de la CRAM.

### **3.3.3. RÔLE DE LA DRASS ET DES DDASS**

#### Rôle des acteurs

Un certain nombre de responsabilités sont confiées à la DRASS et aux DDASS par l'ARH.

- ✓ 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.

#### Compléments par rapport à la vision théorique

Par rapport au modèle théorique (avec une responsabilité de la planification confiée à des chargés de mission au sein de l'ARH), la région Franche-Comté propose un modèle intéressant d'implication de la DRASS et des DDASS dans l'animation et le suivi de la planification sanitaire.

### **3.3.4. INSTANCES DE COORDINATION**

On constate une spécialisation des différents acteurs (au sein de l'ARH, et entre les différents acteurs régionaux), avec une stricte séparation des fonctions de planification et de régulation financière. Les échanges entre les acteurs sont favorisés par de nombreuses instances communes de coordination, qui ne sont pas forcément spécifiques à la région.

- ✓ La COMEX est composée du DARH, de 6 membres représentant l'État (DRASS et DDASS) et de 6 membres représentant l'Assurance Maladie (CRAM, URCAM, DRSM, RSI et MSA).
- ✓ 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.

- ✓ Le Comité régional des contrats des établissements privés (CRCEP) regroupe le DARH, la CRAM, la DRSM, les établissements privés et leurs fédérations, pour la mise en œuvre de différentes mesures tarifaires et d'organisation dans les établissements privés.

#### **4. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES**

- ✓ 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'établissement 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.

- ✓ Dans cette optique, la T2A étant un outil d'accompagnement de la planification, la priorité est donnée à la logique de planification sur la logique financière. Le financement est au service de la planification et les établissements sont fortement incités à mettre en œuvre les optimisations nécessaires pour réaliser l'activité demandée dans des conditions financières correctes. La prise en compte de situations financières difficiles, pouvant remettre en cause la réalisation d'objectifs de la planification, est très pragmatique, réalisée au cas par cas et non systématique.
- ✓ 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.

## **Annexe 5 : Monographie régionale – Languedoc-Roussillon**

# SOMMAIRE

<b>1. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>69</b>
1.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....	69
1.2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE GLOBALE .....	69
1.3. OBJECTIFS D'UNE ÉTUDE TERRAIN RÉGIONALE .....	69
<b>2. CONTEXTE RÉGIONAL .....</b>	<b>70</b>
2.1. RAPPEL DES ACTEURS RENCONTRÉS .....	70
2.2. CONTEXTE SANITAIRE RÉGIONAL .....	70
2.2.1. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS RENCONTRÉS .....	70
2.2.2. PANORAMA DE L'OFFRE DE SOINS .....	71
2.2.3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ARH .....	71
<b>3. DIVERGENCES ENTRE LOGIQUES DE PLANIFICATION ET DE FINANCEMENT CONSTATÉES DANS LA RÉGION.....</b>	<b>72</b>
3.1. CONFLITS DANS LES OBJECTIFS ET LA PHILOSOPHIE GÉNÉRALE.....	72
3.2. CONFLITS DANS LES PROCESSUS.....	75
3.3. CONFLITS DANS LE RÔLE DES ACTEURS RÉGIONAUX.....	80
3.3.1. RÔLE ET ORGANISATION DE L'ARH .....	80
3.3.2. RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE .....	82
3.3.3. RÔLE DE LA DRASS ET DES DDASS .....	83
3.3.4. COLLABORATIONS .....	83
<b>4. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>85</b>

# **1. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

## **1.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE**

L'enjeu de « l'étude des liens entre les modes de financement et la planification et les modifications induites par la tarification à l'activité » 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. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE GLOBALE**

La méthodologie mise en œuvre dans le cadre de cette étude repose sur 3 étapes :

- ✓ L'élaboration d'une approche théorique des points de convergence et de divergence entre les deux logiques de planification sanitaire et de tarification à l'activité, pour le cas français. Cette approche théorique a été construite à partir d'une approche législative et réglementaire des processus d'organisation de la planification sanitaire d'une part et de la régulation financière d'autre part. Cette approche théorique fait l'objet d'une analyse critique et d'une validation par des experts du système sanitaire français.
- ✓ La réalisation de deux monographies régionales, afin de compléter et de nuancer le modèle théorique sur la base des évolutions et des jeux d'acteurs constatés sur le terrain.
- ✓ Une analyse d'expériences étrangères, à travers un benchmark sur 3 pays (Allemagne, Angleterre et Italie), afin de mettre 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, et les stratégies mises en œuvre, le cas échéant pour favoriser la convergence des logiques.

## **1.3. OBJECTIFS D'UNE ÉTUDE TERRAIN RÉGIONALE**

Les monographies régionales sont réalisées à l'issue de l'étude théorique et de sa validation dans le cadre d'une rencontre avec des experts et en parallèle du benchmark international sur 3 pays.

L'objectif de ces monographies est de confronter les points de convergence et de divergence identifiés dans la démarche théorique construite en première phase de la mission, 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 : Franche-Comté et Languedoc-Roussillon.

Les conclusions que nous pourrions tirer de ces rencontres avec des acteurs locaux permettront de dresser deux tableaux de régions au fonctionnement potentiellement différent du modèle théorique.

Ces tableaux compléteront le modèle théorique, en apportant un éclairage sur les écarts par rapport au modèle, en distinguant les particularités locales et les pratiques généralisables.

## 2. CONTEXTE RÉGIONAL

### 2.1. RAPPEL DES ACTEURS RENCONTRÉS

- ✓ Directeur de l'ARH et son adjoint : Alain CORVEZ et Gérard VALETTE
- ✓ Chargés de missions ARH :
  - Didier HEVE : suivi de l'information médicalisée
  - Marie-Catherine MORAILLON : campagne et suivi budgétaire
  - Nathalie RAYNAL : suivi des établissements privés
  - Laurence MARIAN : suivi des établissements publics
  - Didier BERGERON : suivi des investissements.
- ✓ Établissements :
  - CH Saint-Jean de Perpignan : Philippe BANYOLS, directeur de la politique médicale ; Carole GLEYZES, directrice des finances, des SI et organisation ; Dr Bernard HERAN, Président de la CME ;
  - CRLC Paul Lamarque de Montpellier : Pr Jean-Bernard DUBOIS, Directeur ; M. RENE, Président de CME
  - Clinique Bonnefon d'Alès : M. SAIX, directeur ; Dr Alain DELEUZE, Président de CME
- ✓ Assurance maladie : Michel GIRAUDON, médecin conseil de la Direction Régional du Service Médical (DRSM)
- ✓ DRASS : Mme GRANIER, Médecin Conseil Régional

## 2.2. CONTEXTE SANITAIRE RÉGIONAL

### 2.2.1. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS RENCONTRÉS

	<b>CH de Perpignan</b>	<b>CRLC</b>	<b>Clinique Bonnefon</b>
<b>Statut</b>	Public	PSPH	Privé à but non lucratif
<b>Capacité</b>	1022 lits et places	250 lits et places	233 lits
<b>Champ d'activité</b>	MCO / SSR / SLD / HAD	MC	MCO
<b>Grands projets</b>	Reconstruction de l'établissement en cours, installation prévue dans l'année	Projet d'investissement soumis au Plan Hôpital 2012	Reconstruction d'une partie de la clinique suite au regroupement avec la clinique Mistral en 2006 – achevé
<b>Coopération entre établissements</b>	Réduite Centre de coordination en cancérologie (3C) regroupant le CH et le groupe de cliniques privées Coopérations médicales plus importantes	3C spécifique à l'établissement	Consultations avancées dans plusieurs villes Conventions existantes avec le CH mais pas utilisées
<b>Situation financière actuelle</b>	À l'équilibre	À l'équilibre	À l'équilibre

### **2.2.2. PANORAMA DE L'OFFRE DE SOINS**

- ✓ Population : 2,5 million, en augmentation ; forte densité sur la côte / faible densité dans les contreforts montagneux ;
- ✓ 165 établissements dont 80 privés
- ✓ Un découpage en 8 territoires de santé, avec une graduation des soins (niveau de proximité, niveau de recours, niveau de référence)
- ✓ Difficulté à imposer une vision territoriale aux établissements - à l'image du déroulement des conférences sanitaires (lieu d'expression de points de vue individuels plutôt que construction d'une vision territoriale)
- ✓ Mouvement de concentration des cliniques privées, avec une prédominance sur certaines activités (3/4 des actes chirurgicaux et 2/3 des accouchements réalisés dans le privé)
- ✓ Difficultés de mise en œuvre de coopérations (public-public ou public-privé)
- ✓ Surconsommation globale de soins dans la région (qui ne se justifie pas forcément du point de vue des besoins de santé)
- ✓ Disparités selon les zones géographiques (bord de mer, arrière-pays, reliefs), notamment en termes de démographie médicale et d'accessibilité - problématique de l'arrière pays (établissements isolés)
- ✓ Peu d'établissements en difficulté financière pour l'instant
- ✓ Existence d'une population précaire importante

### **2.2.3. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ARH**

- ✓ DARH actuel présent depuis 2 ans mais déjà présent dans la région sous d'autres fonctions – au lancement de l'ARH et au CHU de Montpellier notamment
- ✓ Organisation « thématique » de l'ARH : organisation très « horizontale » en trois pôles : activité médicale et stratégie (activité / structures / territoires), efficience (budget, finance, investissement) et suivi des échéances, affaires juridiques, RH ; avec une spécialisation des chargés de mission mais des échanges permanents et la volonté d'une vision partagée sur les différents établissements
- ✓ Une organisation régionale avec les autres acteurs régionaux, sur deux modes :
  - « Délégation » de certains sujets (par exemple, l'élaboration et l'évaluation des CPOM confiée à la DDASS pour les établissements publics et à la CRAM pour les établissements privés) ;
  - Collaboration sur d'autres sujets (par exemple, analyse des situations financières des établissements, avec la CRAM, les DDASS et la DRASS).



### **3. DIVERGENCES ENTRE LOGIQUES DE PLANIFICATION ET DE FINANCEMENT CONSTATÉES DANS LA RÉGION**

Nous présentons ci-dessous, à partir des éléments recueillis au cours des entretiens avec nos interlocuteurs, et des divers documents consultés, notre compréhension des points de conflit entre la logique de planification sanitaire et la logique de financement des établissements en mode T2A, en distinguant :

- ✓ Les conflits dans les objectifs et la philosophie générale des deux logiques
- ✓ Les conflits entre les processus de planification sanitaire et les processus de financement ; il s'agit de déterminer si les points de conflits pressentis dans l'étude théorique s'appliquent ou non à la région Languedoc-Roussillon
- ✓ Les conflits dans le rôle des acteurs.

Dans tous les cas, nous illustrons nos propos à l'aide d'exemples de situations constatées sur le terrain, et mettons en évidence, le cas échéant, des perspectives d'évolution.

#### **3.1. CONFLITS DANS LES OBJECTIFS ET LA PHILOSOPHIE GÉNÉRALE**

<p>Conflit théorique pressenti n° 1</p>	<p>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 peut faire l'objet de sanctions), alors que la T2A introduit, par des mécanismes d'incitation financière, une logique dynamique et évolutive de l'activité.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>Il convient ici de rappeler que la notion d'OQOS renvoie à 3 éléments complémentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La répartition des activités de soins sur un territoire de santé (objectifs d'implantations)</li> <li>- L'organisation de l'accessibilité (objectifs en matière d'organisation : couverture horaire, temps d'accès...)</li> <li>- La détermination des volumes d'activités de soins à réaliser par territoire de santé.</li> </ul> <p>D'un point de vue théorique, le conflit n'est pas avéré entre une logique « déterministe » qui serait induite par les OQOS et une logique évolutive de l'activité introduite par la T2A. En effet, les OQOS s'entendent par territoire de santé, et non pas 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.</p> <p>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</p>

que la lutte contre une sur-spécialisation des établissements est difficile).

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) mais doit 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).

<p>Conflit théorique pressenti n° 2</p>	<p>La planification sanitaire répond à une logique de proximité de l'accès aux soins qui, dans certains cas, peut imposer à un établissement le maintien d'activités qui mobilisent des moyens humains, matériels et immobiliers non couverts par les tarifs et insuffisamment compensés par les enveloppes forfaitaires (type MIG), entravant ainsi l'équilibre financier de l'établissement.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>Il convient de préciser que, d'un point de vue théorique, la notion de proximité est discutable ; la logique des SROS répond davantage à une graduation des soins sur un territoire donné, avec un découpage en territoires de proximité, de recours et de référence.</p> <p>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 (notamment celui de Mende), ainsi que de 7 cliniques privées.</p> <p>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... Des réallocations importantes ont pu avoir lieu (exemple d'un établissement dont la dotation AC est passée de 150 000 euros en 2006 à 28 000 euros en 2007, car il pratiquait des dépassements d'honoraires sur ¼ de son activité).</p> <p>Dans le cadre de la campagne tarifaire 2008, l'ARH privilégie 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 ; il convient donc de la pérenniser. De plus, 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 plus pérenne.</p>

### 3.2. CONFLITS DANS LES PROCESSUS

<p>Conflit théorique pressenti <b>n° 3</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'élaboration des SROS ne prend pas en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements.</li> <li>- L'évaluation des SROS ne comprend pas d'indicateurs médico-économiques.</li> </ul>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>Dans l'élaboration du SROS, la logique de réponse aux besoins a primé ; le coût du SROS a été chiffré <i>a posteriori</i> et n'a pas remis en cause les décisions du SROS.</p> <p>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.</p>

<p>Conflit théorique pressenti <b>n° 4</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les CPOM déclinent les SROS sans prendre en compte la capacité financière des établissements à tenir leurs engagements ; cependant, les CPOM doivent préciser les éléments financiers nécessaires à la mise en œuvre de ces engagements</li> <li>- L'évaluation des CPOM ne comprend pas d'indicateurs médico-économiques</li> </ul>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>Les CPOM ne comprennent pas d'éléments financiers, sauf pour la partie MIGAC.</p> <p>En ce qui concerne l'évaluation, les CPOM 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. Des objectifs ont été définis 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).</p> <p>Pour 2008, l'ARH a décidé de cibler l'évaluation sur 5 thématiques prioritaires : personnes âgées, HAD/SSR, structures d'urgences et permanence des soins, traitement du cancer et psychiatrie. L'évaluation 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.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 5</p>	<p>Une demande d'autorisation pour une nouvelle activité doit comporter un budget ou un compte d'exploitation ; cependant, la délivrance des autorisations n'est pas conditionnée par l'analyse de ce compte ou de ce budget d'exploitation ou tout du moins à l'équilibre budgétaire de ce budget prévisionnel.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>En Languedoc-Roussillon, ce point n'est pas un conflit. En effet, dans le cadre de la procédure d'autorisation, deux types d'avis sont rendus par l'assurance maladie (en tant que rapporteur auprès du Comité régional d'organisation sanitaire ou dans le cadre des procédures simplifiées de renouvellement) : un avis médical de la DRSM (activité réelle de l'établissement, pathologies traitées, respect du SROS...) et une analyse financière de la CRAM. La DRSM et la CRAM ont généralement un point de vue convergent ; en cas de divergence, c'est la COMEX qui tranche. Ainsi, si la logique planificatrice domine (question de l'utilité médicale de l'activité), la logique financière reste présente.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 6</p>	<p>La méthode de valorisation des tarifs des GHS induit une déconnexion entre les coûts constatés et les tarifs fixés et n'est pas toujours lisible pour les établissements.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>En Languedoc-Roussillon, la T2A est globalement bien acceptée par les établissements ; elle est même 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.</p> <p>Cependant, on constate deux types de comportements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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.</li> </ul> <p>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.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 7</p>	<p>La notion de « contrat d'objectifs et de moyens » pose question dans la mesure où les établissements s'engagent sur des objectifs alors que l'ARH ne s'engage pas sur des moyens.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

<p>Conflit théorique pressenti n° 8</p>	<p>Le lien n'est pas avéré entre les ressources engagées par un établissement pour mettre en œuvre des activités correspondant à des missions d'intérêt général, et le montant de l'enveloppe MIGAC qui lui est attribué, du fait du mode de valorisation des enveloppes.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>Il convient de préciser que 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>



<p>Conflit théorique pressenti n° 9</p>	<p>Le financement d'un projet d'investissement est théoriquement conditionné par le maintien de l'équilibre financier de l'établissement, mais, dans les faits, des projets non rentables peuvent être financés s'ils correspondent à des priorités de planification.</p>
<p>Application en Languedoc-Roussillon ; exemple</p>	<p>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).</p> <p>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).</p> <p>En cas de conflit, les solutions peuvent être :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un découpage de l'opération en tranches fonctionnelles ;</li> <li>- Des aides exceptionnelles (sur l'enveloppe AC) en dernier recours ;</li> <li>- Un rejet de l'opération si aucune solution de financement n'est satisfaisante.</li> </ul>

### **3.3. CONFLITS DANS LE RÔLE DES ACTEURS RÉGIONAUX**

#### **3.3.1. RÔLE ET ORGANISATION DE L'ARH**

Le paragraphe suivant n'a pas pour objectif de définir les pistes d'évolution de l'ARH vers l'ARS, ce qui n'est pas l'objet de notre étude ; nous souhaitons ici d'une part rapporter les différents éléments qui nous ont été transmis par les établissements quant à leurs attentes par rapport à l'ARH telle qu'elle fonctionne aujourd'hui et d'autre part identifier les différents outils dont l'ARH dispose pour mener à bien son rôle de planificateur.

##### Organisation de l'ARH

- ✓ Une organisation 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.
- ✓ Le Languedoc-Roussillon se caractérise par une répartition des actions entre l'ensemble des acteurs régionaux (ARH, DRASS, DDAAS, CRAM, DRSM), l'ARH, en équipe rapprochée autour du DARH, conservant une vision stratégique prospective et d'ensemble de l'organisation des soins dans la région, tandis que les services, animés par l'ARH, ont pour rôle d'être plus proches des établissements et de leur apporter un suivi individuel. Cette organisation préfigure en quelque sorte une future Agence Régionale de Santé (ARS) ; il s'agit sans aucun doute d'une bonne pratique à transposer dans d'autres régions.

- ✓ Il convient de noter que l'organisation des travaux et la coopération entre les différents organismes régionaux et départementaux reste très dépendant des personnes impliquées ; elle est également très pragmatique et s'adapte aux ressources disponibles de chacun des services. Dans ce sens elle résout des difficultés qui seront réglées dans le cadre de l'ARS : le regroupement des services permettra de dépasser les potentiels conflits de personnes et la mutualisation des équipes palliera les actuels manques d'effectifs de certains services.

### Evolution du rôle de l'ARH

#### ✓ *Attentes des établissements*

Les établissements rencontrés attendent de l'ARH :

- Qu'elle ne soit pas être enfermée dans un rôle d'arbitre, mais anticiper 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 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.

#### ✓ *Vision de l'ARH*

- 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.

### Compléments par rapport à la vision théorique

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.

En ce qui concerne le rôle de l'ARH, les évolutions envisagées correspondent aux recommandations de la mission IGAS-IGF concernant le renforcement du rôle de pilotage médico-économique de l'ARH<sup>3</sup>, avec une distinction entre un pilotage « stratégique » par l'équipe rapprochée autour du DARH, et un pilotage plus « gestionnaire » par les services (Etat et Assurance Maladie).

---

<sup>3</sup> Mission d'audit de modernisation, Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières, IGAS-IGF, avril 2007.

### **3.3.2. RÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE**

En Languedoc-Roussillon, l'Assurance Maladie est fortement impliquée à la fois dans la planification et dans le financement ; traditionnellement, la CRAM est très investie dans le suivi des établissements privés.

La DRSM a vu ses effectifs fortement réduits ces dernières années sur les problématiques d'organisation du système de soins ; cependant, elle continue d'être très investie.

La DRSM anime l'unité de coordination régionale (composée de médecins-conseil des différents régimes), placée auprès de l'ARH, chargée du contrôle externe des déclarations T2A des établissements.

#### Sur la planification sanitaire

- ✓ Les praticiens-conseils ont été très impliqués dans la construction du SROS : ils ont participé à l'ensemble des groupes de travail et ont été désignés comme pilote ou copilote pour plus de la moitié des groupes. La CRAM a également été très impliquée dans ces groupes.
- ✓ De même, la DRSM est impliquée fortement dans le programme de travail de l'ARH – pilotage et/ou participation aux groupes de travail thématiques – ainsi que dans le SIOS (pilotage de 4 des 5 thèmes retenus).
- ✓ L'Assurance Maladie est rapporteur d'une part importante des dossiers déposés en CROS et donne son avis lorsqu'elle n'est pas rapporteur. En cas de divergence des avis des différents rapporteurs impliqués (CRAM, DRSM et services de l'État), la décision finale est laissée à la COMEX.
- ✓ La CRAM est très investie dans le Comité régional des contrats des établissements privés (CRCEP) ; il est envisagé d'étendre cette instance aux établissements publics.
- ✓ L'Assurance Maladie, et notamment la DRSM, dispose d'informations clés sur l'activité des établissements :
  - Ces informations ont été utilisées dans la construction des OQOS : le nombre de séjours initiaux a été retraité de l'ensemble des séjours frontières 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.
  - À partir des informations PMSI 2004, la DRSM a fait des simulations sur des seuils par spécialité chirurgicale, en distinguant actes lourds et actes légers (c'est-à-dire des seuils plus détaillés que la directive nationale). L'enjeu était de faire prendre conscience aux établissements de leur niveau réel d'activité et de les inciter à réfléchir à une organisation de l'activité au niveau du territoire, dans le cadre des projets médicaux de territoire.

#### Sur le financement

- ✓ Les services de l'Assurance Maladie sont impliqués dans le contrôle contentieux des déclarations en T2A.
- ✓ La CRAM effectue des études ponctuelles sur l'activité et les pratiques des établissements. Elle a ainsi mené en 2007 une enquête sur les établissements privés dont le chiffre d'affaire avait augmenté de plus de 5 % entre 2005 et 2006 ; l'enjeu était d'analyser les raisons de cette augmentation (meilleure valorisation de l'activité, création d'activités nouvelles, évolution des modes de prise en charge...). Elle a également mené une enquête sur l'accessibilité aux

soins (pourcentage de praticiens réalisant des dépassements d'honoraires), sur les équipements lourds, etc.

- ✓ L'Assurance Maladie est très impliquée sur la « maîtrise médicalisée » à l'hôpital. Deux thèmes sont actuellement travaillés avec les établissements :
  - D'une part les pratiques hospitalières, afin de montrer aux établissements l'impact qu'ils ont sur les dépenses d'Assurance Maladie en ville. Les praticiens sont très intéressés par ces informations, et seule l'Assurance Maladie dispose de telles données croisant les pratiques hospitalières et les données sur les soins de ville.
  - D'autre part, des études sur les pratiques de codage, avec par exemple la construction de 57 fiches établissements sur leur profil « CMA – CMAS » par rapport à la moyenne nationale. Ces données sont purement indicatives, mais permettent aux établissements de revoir leurs pratiques si nécessaire.
- ✓ La DRSM sera en charge de la mise en place d'une expérimentation, en 2008, sur le contrôle ex-ante pour une prise en charge en hospitalisation complète de certains patients pour des actes normalement réalisés en chirurgie ambulatoire (6 établissements concernés en Languedoc-Roussillon). Les établissements devront demander une autorisation d'hospitalisation complète au Directeur de la CPAM, qui sollicitera l'avis du DARH.

#### Compléments par rapport à la vision théorique

L'Assurance Maladie en Languedoc-Roussillon se positionne sur les deux logiques – planification et allocation des ressources – mais estime que la planification est une mission de l'État, sur laquelle l'Assurance Maladie apporte un avis d'expert, sans pour autant être en mesure de prendre des décisions. Seule l'ARH, avec sa vision transversale des besoins de santé, est à même de donner les directives adéquates.

En revanche, l'Assurance Maladie joue un rôle important de mise à disposition d'éléments d'analyse pertinents, du fait de sa maîtrise des données d'activité des établissements.

De plus, elle est à même de se positionner sur des questions de gestion du risque et de qualité des soins, ce qui lui permettrait de jouer un rôle « d'acheteur » avisé et responsable plutôt que de « payeur », insuffisamment critique.

### **3.3.3. RÔLE DE LA DRASS ET DES DDASS**

- ✓ 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.

### **3.3.4. COLLABORATIONS**

L'ARH a mis en place un certain nombre structures d'échanges qui permettent un travail en collaboration avec les différents acteurs régionaux.

Deux sujets nous paraissent particulièrement intéressants :

- ✓ Le 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 :

- Échanger avec les différents acteurs sur leur vision des établissements

- Identifier les établissements correspondant aux critères du CREF, et préparer les démarches de retour à l'équilibre
- 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.

✓ Le travail 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.

#### 4. SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

- ✓ 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<sup>ème</sup> 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, passé 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.

- ✓ Sur le plan de la planification, la dynamique introduite par la T2A implique la nécessité de développer une vision évolutive des territoires de santé et des relations entre établissements. La planification doit intégrer cette évolutivité du système de santé, sans figer les dispositifs ; à ce titre, la définition de scénarios dans le cadre de l'élaboration de l'avenant « Urgences » au SROS de la région Languedoc-Roussillon est une initiative intéressante.
- ✓ Dans ce contexte de paysage sanitaire en évolution, et avec la réduction de la marge de manœuvre financière de l'ARH, le rôle du planificateur doit évoluer d'une logique « autoritaire » vers un rôle plus pédagogique de sensibilisation et d'accompagnement des établissements pour développer une vision territoriale de l'offre de soins et dépasser les logiques d'opposition. Différents outils sont au service de l'ARH pour inciter les établissements, voire leur imposer les décisions : les autorisations, le contrôle de conformité, l'enveloppe d'aide à la contractualisation, le CPOM... La contractualisation revêt une importance particulière dans cette nouvelle relation de confiance avec les établissements, et doit sans doute évoluer vers un aspect plus qualitatif, avec un système de récompenses et de sanctions.

## **Annexe 6 : Analyse des expériences étrangères**

# SOMMAIRE

## **1. .... CONTEXTE DES DIFFÉRENTS PAYS SUR LA PLANIFICATION ET LE MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ..... 91**

<b>1.1. FICHES RÉCAPITULATIVES DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES .....</b>	<b>91</b>
1.1.1. ALLEMAGNE.....	91
1.1.2. ANGLETERRE.....	93
1.1.3. ITALIE.....	95
<b>1.2. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE COMPARAISON DES SYSTÈMES DE SANTÉ .....</b>	<b>97</b>
1.2.1. SUR LA PLANIFICATION SANITAIRE .....	98
1.2.2. SUR LE MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	100
<b>1.3. PRINCIPAUX PROCESSUS ET ACTEURS CLÉS DE LA PLANIFICATION SANITAIRE.....</b>	<b>104</b>
<b>1.4. PRINCIPAUX PROCESSUS ET ACTEURS CLÉS DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ</b>	<b>108</b>

## **2. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA PLANIFICATION ET LE FINANCEMENT .... 115**

<b>2.1. PLANIFICATION SANITAIRE.....</b>	<b>115</b>
<b>2.2. MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS .....</b>	<b>118</b>
<b>2.3. COMPARAISON AVEC LE SYSTÈME FRANÇAIS.....</b>	<b>121</b>

## **3. CONFLITS OBSERVÉS OU POTENTIELS ENTRE LES OBJECTIFS ..... 123**

<b>3.1. ALLEMAGNE.....</b>	<b>123</b>
<b>3.2. ANGLETERRE .....</b>	<b>123</b>
<b>3.3. ITALIE .....</b>	<b>125</b>
<b>3.4. ANALYSE ET SYNTHÈSE .....</b>	<b>126</b>

## **4. CONFLITS OBSERVÉS ENTRE LES PROCESSUS ET LES SOLUTIONS ENVISAGÉES 129**

<b>4.1. ALLEMAGNE.....</b>	<b>129</b>
<b>4.2. ANGLETERRE .....</b>	<b>129</b>
<b>4.3. ITALIE .....</b>	<b>130</b>
<b>4.4. ANALYSE ET SYNTHÈSE .....</b>	<b>131</b>

## **5. CONFLITS POTENTIELS DANS LE RÔLE DES ACTEURS CLÉS ..... 133**

<b>5.1. ALLEMAGNE.....</b>	<b>133</b>
<b>5.2. ANGLETERRE .....</b>	<b>133</b>
<b>5.3. ITALIE .....</b>	<b>133</b>
<b>5.4. SYNTHÈSE ET SOLUTIONS ENVISAGÉES .....</b>	<b>134</b>

## **6. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES ..... 135**



<b>7. ANNEXES.....</b>	<b>139</b>
<b>7.1. FICHE PAYS ALLEMAGNE.....</b>	<b>139</b>
7.1.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND.....	139
7.1.2. LE SYSTÈME DE PLANIFICATION SANITAIRE.....	140
7.1.3. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS .....	142
<b>7.2. FICHE PAYS ANGLETERRE .....</b>	<b>145</b>
7.2.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ANGLAIS.....	146
7.2.2. LE SYSTÈME DE PLANIFICATION SANITAIRE.....	149
7.2.3. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS .....	151
<b>7.3. FICHE PAYS ITALIE .....</b>	<b>154</b>
7.3.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ITALIEN .....	154
7.3.2. LE SYSTÈME DE PLANIFICATION SANITAIRE.....	156
7.3.3. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS .....	158

## Introduction

Dans le cadre de « l'étude sur les liens entre les modes de financement et la planification sanitaire », trois pays étrangers ont été retenus pour mener une analyse des évolutions constatées suite à l'introduction, dans un système d'offre planifiée de soins en établissements, de mécanismes de financement à l'activité, et des stratégies mises en œuvre, le cas échéant, pour favoriser la convergence des logiques.

Les pays retenus pour le benchmark sont :

- ✓ l'Angleterre
- ✓ l'Allemagne
- ✓ l'Italie.

La réalisation de l'étude comparative a été menée au cours des mois de janvier et février 2008 avec le support des experts du réseau « Healthcare » international de PricewaterhouseCoopers.

Les correspondants internationaux de chacun des pays retenus pour le benchmark 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 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.

# **1. CONTEXTE DES DIFFÉRENTS PAYS SUR LA PLANIFICATION ET LE MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

## **1.1. FICHES RÉCAPITULATIVES DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES**

Nous présentons ci-après succinctement les systèmes de santé des trois pays étrangers étudiés. Une description plus détaillée de chacun des systèmes est disponible en annexe du présent document.

### **1.1.1. ALLEMAGNE**

#### Organisation de l'offre de soins

Le système de santé est organisé selon 3 niveaux :

- ✓ Au niveau fédéral, le ministère de la santé est chargé de toutes les questions relatives à l'accès aux soins, l'assurance maladie, la régulation et le financement de l'offre de soins.
- ✓ Au niveau régional, les *Länder* sont responsables du maintien de l'infrastructure hospitalière, à travers la planification hospitalière et le financement des investissements hospitaliers.
- ✓ Un troisième niveau est constitué des partenaires de l'autogestion, qui sont impliqués à la fois dans la négociation des réformes et dans la gestion courante du système de santé ; les principaux acteurs sont :
  - La fédération allemande des hôpitaux, représentée dans chaque *Land* ;
  - Les caisses d'assurance maladie (plus de 300), organisées au niveau régional et fédéral ; elles perçoivent une contribution financière de leurs membres et négocient les budgets des établissements dans le cadre de contrats individuels ;
  - L'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - InEK*) ; cette entité indépendante, gérée conjointement par des représentants fédéraux des caisses d'assurance maladie et la Fédération allemande des hôpitaux, a été créée en 2001 pour adapter et faire évoluer la nomenclature des DRGs au niveau fédéral.

L'offre de soins hospitalière comprend trois types d'établissements :

- ✓ Des établissements publics (appartenant généralement à des communes) ;
- ✓ Des établissements privés à but non lucratif (appartenant notamment à des communautés religieuses) ;
- ✓ Des établissements privés à but lucratif.

#### Planification sanitaire

Depuis 1972, avec l'introduction du système de « financement dual » (les investissements étant financés par les *Länder* et les dépenses courantes par les caisses d'assurance maladie), 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.

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 ; cependant, les établissements qui sont confrontés à une évolution de leur case-mix peuvent solliciter une adaptation du plan hospitalier du *Land* sur une base annuelle, à condition de prouver l'existence du besoin.

La décision d'intégrer un établissement au plan hospitalier revient au gouvernement du *Land*. À titre d'indication, au niveau national, 97 % des lits disponibles sont intégrés à un plan hospitalier.

L'intégration d'un hôpital au plan hospitalier du *Land* signifie pour l'établissement :

- ✓ d'une part le droit à une subvention de ses investissements par le *Land*, à condition que ces investissements soient « nécessaires » ;
- ✓ d'autre part l'obligation de contractualiser avec les caisses d'assurance maladie auxquelles sont affiliés ses patients ; le contrat concerne le financement.

La planification sanitaire est en cours d'évolution ; en effet, les gouvernements des *Länder* vont désormais se limiter à donner des orientations (nombre de lits par activité nécessaires pour couvrir les besoins du *Land*) et c'est au niveau local que sera définie la répartition précise des lits et des activités entre les établissements de santé.

#### Mode de financement des établissements de santé

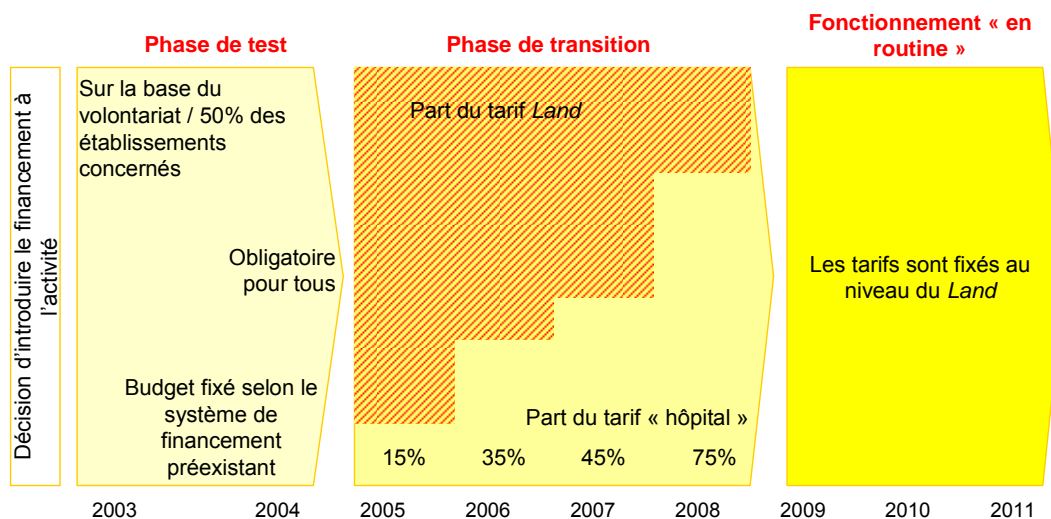
Jusqu'en 1992, le financement des établissements était basé sur des forfaits journaliers, calculés rétrospectivement pour chaque établissement en fonction des dépenses engagées. À partir de 1993, les établissements ont été autorisés à réaliser des profits et des pertes et des budgets fixes étaient définis pour chaque établissement, composés de deux types de tarifs : un forfait journalier couvrant les coûts non médicaux de l'hôpital et un autre les coûts médicaux de chaque service (y compris les coûts de personnel et pharmaceutiques).

Afin de mieux lier le financement à la performance, un nouveau système a été proposé en 1996, comprenant toujours deux composantes : un tarif par cas (couvrant les coûts relatifs au séjour d'un patient), complété par un tarif à l'acte.

Des budgets cibles étaient établis dans le cadre de négociations entre les caisses d'assurance maladie et les établissements de santé, avec un système d'ajustement en cas de non respect des prévisions d'activité ; il s'agissait en fait d'un système mixte, caractérisé par une part de paiement prospectif dans un système de budgets globaux.

En 2003, l'Allemagne a fait le choix d'un financement à l'activité, avec une période de convergence entre 2005 et 2010-2011. Le système est applicable aux soins aigus en hospitalisation complète et partielle.

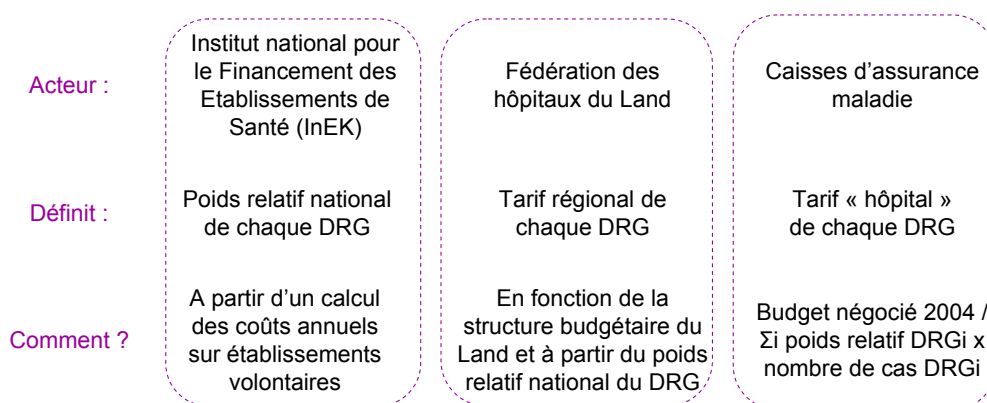
#### *Chronologie de l'introduction d'un financement à l'activité*



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*.

*Comment sont définis les tarifs DRG ?*



A partir de 2005, budget de l'établissement =

$$\sum_i X\% \times \text{nombre de cas DRG}_i \times \text{tarif régional} + (1-X)\% \times \text{nombre de cas DRG}_i \times \text{tarif hôpital}$$

avec X variant de 15 à 100% entre 2005 et 2009.

Chaque établissement négocie son budget, en début d'année N, avec les caisses d'assurance maladie auxquelles sont affiliés ses patients. Le paiement s'effectue sur la base des déclarations mensuelles d'activité DRG, avec une minoration du tarif DRG en cas de non respect des objectifs d'activité négociés, appliquée sur l'écart entre l'activité réalisée et l'activité initialement prévue. En 2007, la minoration est de 20 % du tarif en cas de non atteinte des objectifs, et de 40 % en cas de dépassement.

### 1.1.2. ANGLETERRE

#### Organisation de l'offre de soins

Le système de santé anglais est caractérisé par un organisme de sécurité sociale unique, le National Health Service (NHS), qui est en charge de la gestion de l'offre de santé dans le pays.

À la différence de la Sécurité Sociale française, le NHS a un rôle à la fois d'organisation du système de santé et de réalisation des soins, puisqu'il possède ses établissements propres.

Le NHS est structuré en trois échelons :

- ✓ Un échelon national ;
- ✓ Un échelon régional : le territoire est découpé en dix régions, qui sont dirigées par un Strategic Health Authority (SHA), au rôle principalement stratégique ;
- ✓ Un échelon local : chaque région est elle-même découpée en territoires de santé, à la tête desquels un Primary Care Trust (PCT) est en charge de toute l'offre de soins (soins de ville, soins hospitaliers, soins de réhabilitation, prévention, etc.).

L'offre de soins hospitalière comprend trois types d'établissements :

- ✓ Les NHS trusts sont des établissements publics dépendant du NHS ;
- ✓ Les Foundation trusts sont d'anciens NHS trusts devenus autonomes ;
- ✓ Une offre privée.

Le point d'entrée unique dans le système est le médecin généraliste, qui donne accès aux soins hospitaliers (hors urgences).

Les patients ne sont pas sectorisés et peuvent demander une prise en charge à tous les établissements du pays – le NHS remboursant sous certaines conditions les frais de transports.

### Planification sanitaire

La tradition de planification n'est pas forte en Angleterre. Sous le gouvernement Thatcher, il était plus juste de parler de régulation que de planification : le système était relativement libre, les autorités locales commandant les soins aux établissements de leur choix, avec un regard du gouvernement sur les tarifs pratiqués.

Depuis son élection en 1999, le gouvernement travailliste a développé un véritable système de planification.

Les acteurs principaux en sont les PCTs, qui sont en charge d'évaluer les besoins de leur 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 3 ans qui définissent le niveau d'activité et de qualité. Les prévisions d'activité sont revues tous les ans.

### Mode de financement des établissements de santé

Avant l'introduction du système de tarification à l'activité en 2003, les établissements s'engageaient auprès de leurs tutelles dans le cadre de contrats sur un niveau d'activité et un prix d'achat.

Le système actuel fonctionne de la manière suivante :

- ✓ Le budget national dédié à la santé est voté chaque année par le Parlement.
- ✓ Il est ensuite réparti entre les SHAs puis entre les PCTs en fonction de critères liés à :
  - la population couverte et ses besoins de santé : la formule d'allocation prend en compte la répartition de la population par classe d'âge et les besoins spécifiques de chacune de ces classes d'âges, ainsi que des besoins spécifiques complémentaires à ceux identifiés pour les classes d'âge (principalement pour les soins aigus, la maternité et les soins psychiatriques) ;
  - des facteurs de coûts locaux (par exemple coûts de l'immobilier, coûts salariaux, etc.).

La répartition du budget est effectuée tous les ans sur la base des dernières données disponibles selon la version de la formule en vigueur, laquelle est revue régulièrement – actuellement, le NHS utilise la version 5 de cette formule, définie en 2003 et revue en 2007.

- ✓ Ces fonds doivent financer tous les types de soins offerts à la population (consultations, soins de ville, prévention, etc.). Les soins hospitaliers sont financés sur le mode des DRGs.

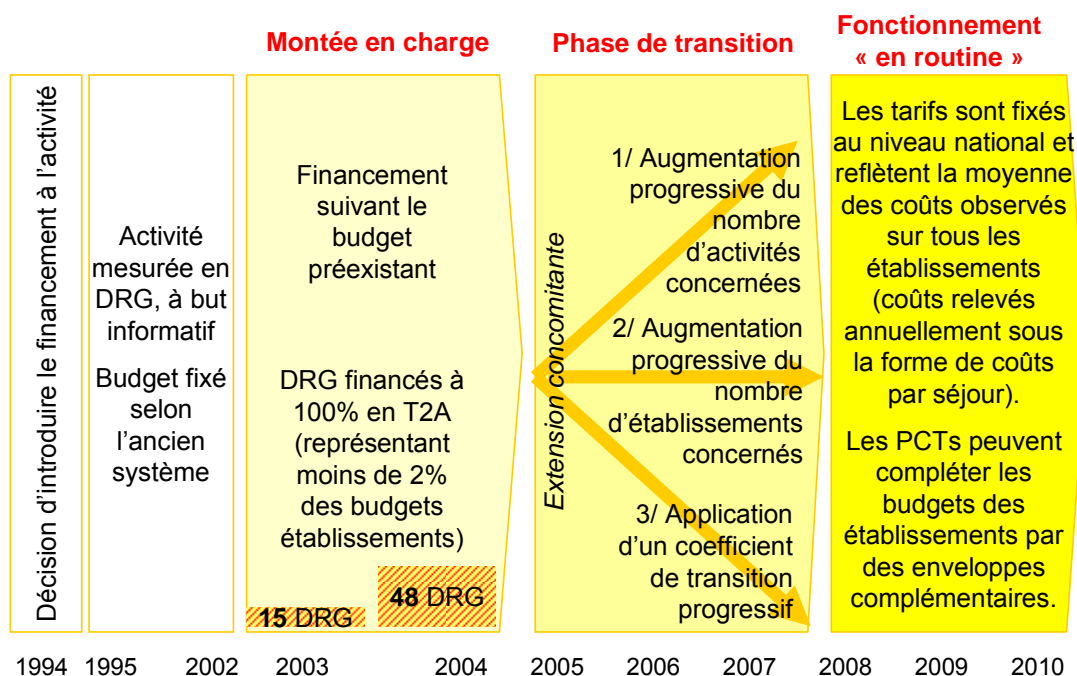
Le financement de l'activité hospitalière fonctionne sur le mode d'un système de paiement prospectif.

Les tarifs sont fixés sur la base des coûts moyens observés. Tous les établissements transmettent chaque année leurs coûts complets par séjour (sur la base d'un guide général), qui sont intégrés dans une base nationale (Reference Cost Index – Index de référence des coûts). Ce processus induit un décalage de trois ans entre la date de réalisation de l'activité et la prise en compte des coûts observés dans les tarifs.

Les établissements de santé reçoivent le 15 de chaque mois un montant égal à 1/12 du budget prévisionnel de l'année ; ils transmettent leur déclaration d'activité à la fin de chaque mois au commanditaire, qui ajuste les allocations sur cette base déclarée, dans un délai d'un mois après transmission des informations.

D'autre part, sur leur budget global, les PCTs peuvent accorder des enveloppes complémentaires appelées Service Level Agreement (Accord sur le niveau de service), qui ont vocation à compenser des coûts locaux supérieurs aux tarifs en raison de contraintes locales spécifiques ou d'un niveau de service supérieur (par exemple, un établissement spécialisé qui utilise des protocoles particuliers plus onéreux que les protocoles compris dans les tarifs).

#### Chronologie de l'introduction d'un financement à l'activité



### 1.1.3. ITALIE

#### Organisation de l'offre de soins

Le système de santé italien est caractérisé par un organisme de sécurité sociale unique, le Servizio Sanitario Nazionale (SSN), qui est en charge de la gestion d'un réseau d'établissements.

Le système de santé est organisé selon 3 niveaux :

- ✓ Au niveau national, le Ministère de la Santé définit la liste des soins qui doivent être garantis *a minima* à la population par le SSN, gère les ressources humaines au sein du SSN et mène des actions de prévention et de santé publique ;
- ✓ Au niveau régional, les gouvernements régionaux, à travers leurs départements sanitaires, 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 à travers des équipements et services (soins hospitaliers, soins primaires, soins ambulatoires, soins à domicile, services de santé publique...) ou par l'intermédiaire d'hôpitaux publics autonomes et de fournisseurs de soins privés qu'elle finance.

L'offre de soins hospitalière comprend trois types d'établissements :

- ✓ Les hôpitaux publics appartenant aux unités sanitaires locales ;
- ✓ Les hôpitaux publics autonomes, qui fournissent des soins hospitaliers hautement spécialisés et sont indépendants des unités sanitaires locales ;
- ✓ Les fournisseurs de soins privés accrédités, qui fournissent des soins ambulatoires ou hospitaliers financés par le SSN et sont autorisés et accrédités par les gouvernements régionaux.

### Planification sanitaire

*Au niveau national*, le ministère de la santé est chargé d'établir, d'animer et d'évaluer un Plan sanitaire national tri-annuel. Ce plan définit des objectifs, des indicateurs et des actions à mettre en œuvre, sur la base de propositions annuelles faites par les gouvernements régionaux (à partir d'une analyse des besoins de santé de la population et de l'offre de soins existante, effectuée en coopération avec les unités locales et les hôpitaux publics autonomes).

*Au niveau régional*, un plan sanitaire régional sur 3 ans est adopté par le Parlement régional. Il traduit les orientations nationales dans des objectifs et des cibles sur les plans financier et organisationnel, en les adaptant aux spécificités régionales. Les régions rendent compte au gouvernement central de l'atteinte des objectifs ; un rapport annuel est établi sur la mise en œuvre du plan régional.

*Au niveau local*, un plan local tri-annuel est défini par les unités sanitaires locales en cohérence avec le plan régional. Les unités sanitaires locales ont la responsabilité de garantir un accès égal aux soins pour tous les citoyens.

Par ailleurs, un système unique d'accréditation des établissements privés autorisés à intégrer le réseau du SSN a été mis en place en 1999. Les départements sanitaires des gouvernements régionaux délivrent des autorisations d'activité ; les établissements privés peuvent ensuite être accrédités, à partir d'une évaluation de la qualité et de la valeur ajoutée de leur intégration par rapport à l'offre de soins existante et la liste des soins garantis. Enfin, des contrats sont négociés entre les unités sanitaires locales et les établissements privés sélectionnés par les unités locales parmi ceux qui ont été accrédités.

### Mode de financement des établissements de santé

Avant l'introduction d'un système de tarification à l'activité en 1992, les hôpitaux publics étaient financés par un système de budget fixe, à l'intérieur du budget alloué aux unités sanitaires locales. Les établissements privés étaient quant à eux financés sur la base d'un forfait journalier, dans le cadre d'une contractualisation avec les autorités régionales.

La réforme de 1992 a renforcé l'autonomie financière des hôpitaux publics, y compris ceux restés sous le contrôle des unités locales et a parallèlement introduit un système de tarification à l'activité pour les hospitalisations et les consultations externes. À partir de 1995, celles-ci ont été financées sur la base de taux définis nationalement, les régions étant libres de redéfinir les taux en fonction de



leurs propres critères et de définir des programmes financiers spécifiques complémentaires pour soutenir certaines activités financées par le système de DRGs.

La réforme de 1999 a uniformisé le système de tarification à l'activité. Tous les établissements sont désormais financés par un budget global prédéfini (sans ajustement ni sanctions en cas de non respect des prévisions), composé de deux éléments :

- ✓ pour les hospitalisations et les consultations externes : un paiement au moyen de tarifs prédéterminés sur la base de DRGs ;
- ✓ pour les urgences, les accidents, les programmes de prévention, les services sociaux, les activités de greffe et le traitement des maladies chroniques : un paiement basé sur le coût moyen de production.

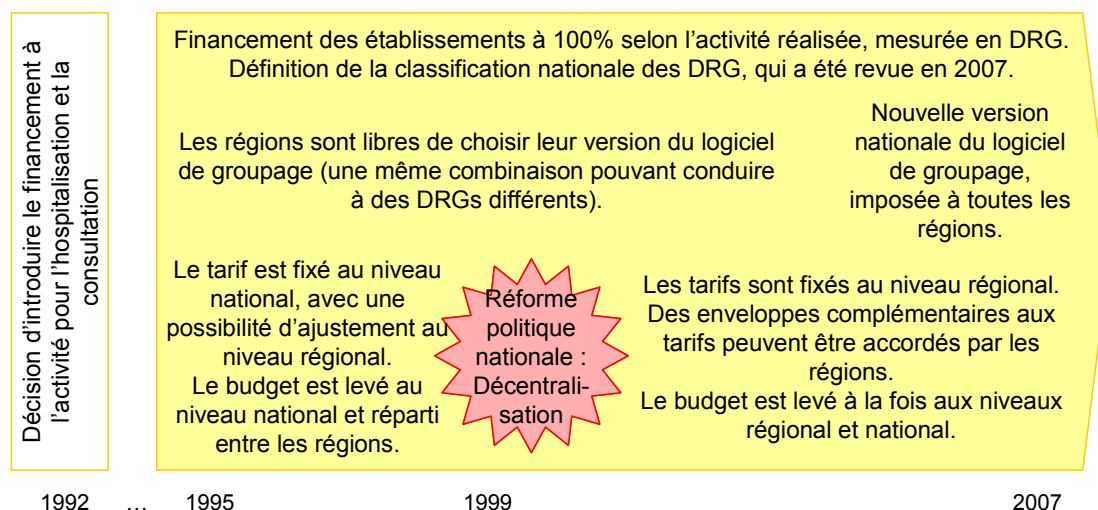
La classification des DRGs a été définie au niveau national une première fois au moment de l'introduction d'un financement à l'activité (492 DRGs au total). Les régions restent libres de choisir leur version du logiciel de groupage des DRGs (une même combinaison de diagnostics et de traitements pouvant conduire à des DRGs différents dans des régions différentes), ainsi que du tarif de chaque DRG.

Depuis 2007, une nouvelle version du logiciel de groupage a été choisie au niveau national et imposée aux régions, uniformisant ainsi la liste des DRGs (523 DRGs) ; les tarifs restent cependant régionaux.

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.

#### *Chronologie de l'introduction d'un financement à l'activité*



## **1.2. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE COMPARAISON DES SYSTÈMES DE SANTÉ**

Avant de procéder à une analyse comparative des points de convergence ou de divergence constatés dans les trois pays étudiés, il convient de préciser les spécificités des systèmes de santé de chacun de ces trois pays. Des différences significatives avec le système de santé français pourraient en effet limiter la pertinence des comparaisons des expériences des pays en matière de réforme du financement des établissements de santé.

Nous avons identifié un certain nombre de critères permettant de caractériser les différents systèmes de planification sanitaire et de financement des établissements :

Pour la planification sanitaire :

- ✓ La structure de l'offre de soins hospitaliers ;
- ✓ Les acteurs clés de la planification ;
- ✓ Le contenu, le niveau (national, régional ou local) et la durée des plans sanitaires ;
- ✓ Le contenu, la durée et le caractère « contraignant » des contrats entre les établissements et leur tutelle ;
- ✓ La démarche d'accréditation qualité des établissements.

Pour le financement des établissements de santé :

- ✓ Les sources de financement du système ;
- ✓ Les acteurs clés du financement ;
- ✓ La date d'introduction et la date finale d'implémentation des DRGs comme base de paiement ;
- ✓ Le périmètre des activités financées par DRG / par des enveloppes complémentaires ;
- ✓ Le mode de fixation des tarifs ;
- ✓ Le mode de financement à l'activité.

### **1.2.1. SUR LA PLANIFICATION SANITAIRE**

Structure de l'offre de soins hospitaliers

Globalement, l'offre de soins de chaque pays se caractérise par une diversité de statuts, avec des établissements publics et privés.

L'Angleterre et l'Italie présentent la spécificité d'établissements publics autonomes (les « Foundation trusts » Angleterre et les « Azienda ospedaliera » en Italie).

L'Italie présente également la spécificité des « unités sanitaires locales », qui sont à la fois des fournisseurs de soins (à travers un réseau d'établissements publics) et des autorités sanitaires locales qui contractualisent avec des établissements de santé privés pour la fourniture de soins.

Il faut enfin noter qu'en Angleterre, les médecins généralistes sont les points d'entrée uniques et incontournables pour le système hospitalier hors urgences.

Acteurs clés de la planification

Le degré d'implication des différents niveaux (national, régional et local) varie fortement selon les pays.

En France, le niveau régional (Agences Régionales de l'Hospitalisation) est au cœur des processus de planification, avec des directives nationales du Ministère de la santé. Il existe également un niveau infrarégional, le « territoire de santé », mais qui n'a pas d'existence administrative.

En Allemagne, étant donné le caractère fédéral du pays, les acteurs clés se situent au niveau régional (les Ministères de la santé de chaque *Land*), mais les compétences planificatrices sont en cours de transfert vers le niveau local.

En Angleterre, c'est le niveau local (Primary Care Trusts - PCTs) qui est prépondérant, avec des directives données par le niveau national (Ministère de la santé).

En Italie, tous les niveaux sont impliqués : Ministère de la santé, gouvernements régionaux et unités sanitaires locales.

### Contenu, niveau (national, régional ou local) et durée des plans sanitaires

Le niveau et le contenu des plans sanitaires varient également fortement d'un pays à l'autre.

En France, les ARH élaborent des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) pour 5 ans, qui prennent en compte des priorités nationales (Plans de santé publique).

En Allemagne, le Ministère de la santé de chaque *Land* élabore un plan hospitalier et sélectionne les établissements à inclure dans ce plan. En l'absence de cadrage national, les plans varient fortement d'un *Land* à l'autre, à la fois en termes d'unité de planification (établissements, activités ou lits) et en termes de durée (en général 5 ans). Avec les évolutions récentes, le *Land* devrait désormais se limiter à donner des orientations (nombre de lits par activité nécessaires pour couvrir les besoins du *Land*) et c'est au niveau local que sera définie la répartition précise des lits et des activités entre les établissements de santé.

En Angleterre, il n'existe pas à proprement parler de plan sanitaire ; des directives nationales sont données sous la forme d'une lettre d'objectifs à atteindre dans l'année (sur des thèmes comme l'amélioration de la santé publique, le développement de la qualité des services, la promotion des partenariats, etc.).

En Italie, un plan sanitaire est défini à tous les niveaux (national, régional et local). Un plan sanitaire national de 3 ans définit les grands objectifs de santé et les catégories de soins devant être garantis. De plus, dans chaque région, un plan sanitaire régional de 3 ans adapte le plan sanitaire national aux besoins régionaux et définit l'organisation des soins. Enfin, chaque unité sanitaire locale élabore un plan stratégique de 3 ans cohérent avec le plan régional.

### Contenu, durée et caractère « contraignant » des contrats entre les établissements et leur tutelle

Les contrats varient fortement d'un pays à l'autre, en particulier en termes de porteur du contrat (« tutelle ») et de caractère « contraignant » du contrat.

En France, les ARH contractualisent pour 5 ans avec chaque établissement sur les orientations stratégiques et les missions qui sont confiées à l'établissement ainsi que sur des objectifs en termes de gestion et des objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS). Des sanctions sont théoriquement possibles en cas de non respect des OQOS mais ne sont pas appliquées dans les faits.

En Allemagne, bien que le *Land* soit responsable de la planification, ce sont les caisses d'assurance maladie qui contractualisent avec les établissements qui accueillent leurs affiliés, pour la prise en charge des dépenses courantes. Le contrat traduit les engagements inscrits dans le plan hospitalier du *Land* ; sa durée dépend de la durée du plan. Des sanctions sont appliquées en cas de non respect des engagements, par un système de minoration du tarif DRG en cas de non atteinte ou de dépassement des objectifs d'activité.

En Angleterre, les PCTs contractualisent pour 3 ans avec les établissements, avec des objectifs chiffrés fixés pour des périodes d'un an et une revue mensuelle des résultats ; les contrats portent sur un niveau d'activité et de qualité. Le contrat encadre juridiquement et légalement la totalité de l'activité de l'établissement. Des sanctions financières (retenue des paiements) sont appliquées en cas de manquement aux règles de qualité ; les PCTs peuvent également opter pour un non paiement des prestations réalisées en cas de non respect des objectifs quantifiés.

En Italie, seuls les établissements privés accrédités par les autorités régionales font l'objet d'une contractualisation avec les unités sanitaires locales ; ces contrats précisent le volume, le tarif et la qualité des activités, ainsi que d'autres engagements tels que des délais d'attente maximum et des objectifs de santé. Il n'y a pas de sanctions en cas de non respect des engagements mais le système de financement, basé sur les prévisions d'activité, incite au respect des engagements.

### Démarche d'accréditation qualité des établissements de santé

En France, l'accréditation qualité est un processus totalement indépendant de la planification sanitaire : la délivrance d'autorisations n'est pas conditionnée aux résultats de l'accréditation qualité ; les contrats entre les établissements et leur tutelle ne comportent pas d'indicateurs qualité.

Dans les autres pays, l'évaluation de la qualité est intégrée à la démarche de planification sanitaire et de contractualisation, à des degrés variables.

En Allemagne, les établissements ont l'obligation d'établir un rapport qualité tous les deux ans, qui comporte un certain nombre d'indicateurs sur les aspects médicaux et de soins. En cas d'absence de rapport, le financement d'un établissement est minoré ; en cas de niveau de qualité insuffisant, l'établissement doit se justifier et proposer un plan d'action.

En Angleterre, un système de notation des établissements (de 0 à 3 étoiles) a été mis en place, incluant des critères médicaux (taux de mortalité et taux de réadmission en urgence par exemple). La note étant rendue publique, il existe un risque de chute d'activité en cas de mauvaise notation ; de plus, seuls les 3 « étoiles » peuvent obtenir un statut autonome.

En Italie, l'intégration d'un établissement privé au réseau du SSN est conditionnée à l'accréditation préalable de l'établissement, sur la base de critères portant notamment sur les compétences et pratiques professionnelles.

### **En conclusion, les principales différences des systèmes étrangers par rapport à la France concernent :**

- ✓ l'importance du niveau local en matière de planification, qui est absent en France (la notion de « territoire de santé » ne correspond à aucune réalité administrative), présent en Allemagne et en Italie, et prépondérant en Angleterre ;
- ✓ le caractère contraignant des contrats entre les établissements et leur tutelle : l'Allemagne applique des sanctions strictes en cas de non respect des engagements ; en Italie, il n'y a pas d'ajustement possible par rapport aux prévisions ; enfin, en France et en Angleterre, des sanctions sont possibles mais sont laissées à la libre appréciation de la tutelle ;
- ✓ l'importance attribuée à l'accréditation qualité des établissements dans les processus de planification sanitaire ainsi que le périmètre des indicateurs qualité ; la préoccupation de la mesure de la qualité est particulièrement forte en Angleterre et en Allemagne, avec une prise en compte soit dans les contrats, soit dans les financements.

## **1.2.2. SUR LE MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

### Sources de financement du système

En France, c'est l'assurance maladie qui finance le système de santé, à partir des cotisations sociales des assurés.

En Allemagne, ce sont également les différentes caisses d'assurance maladie qui financent le système de santé, à partir des cotisations des affiliés ; l'État fédéral complète le financement sur son propre budget, en fonction des besoins définis.

En Angleterre, le système est financé sur le budget de l'État, sur la base de la taxation.

En Italie, le système est financé par le budget de l'État et complété par les gouvernements régionaux par le biais de la taxation régionale.

### Acteurs clés de la régulation financière

En France, c'est le Ministère de la santé qui est au cœur du processus de régulation financière, en définissant les tarifs des DRGs ainsi que le montant des différentes enveloppes complémentaires. Les ARH sont également impliquées dans la répartition des enveloppes complémentaires entre les

établissements. Les fonctions de « payeur » (assurance maladie) et de « régulateur » (Ministère de la santé) sont donc distinctes.

En Allemagne, ce sont les caisses d'assurance maladie qui, outre leur fonction de « payeurs », allouent les ressources aux établissements, dans le cadre de budgets contractualisés.

En Angleterre, le Ministère de la santé définit le budget global alloué à la santé ; la répartition du budget entre les établissements est réalisée par les PCTs.

En Italie, les acteurs clés sont le Ministère de la santé, qui alloue un budget aux régions, et les régions, qui d'une part complètent ce budget et d'autre part sont libres de définir leurs tarifs de DRGs.

#### Date d'introduction et date finale d'implémentation des DRG comme base de paiement

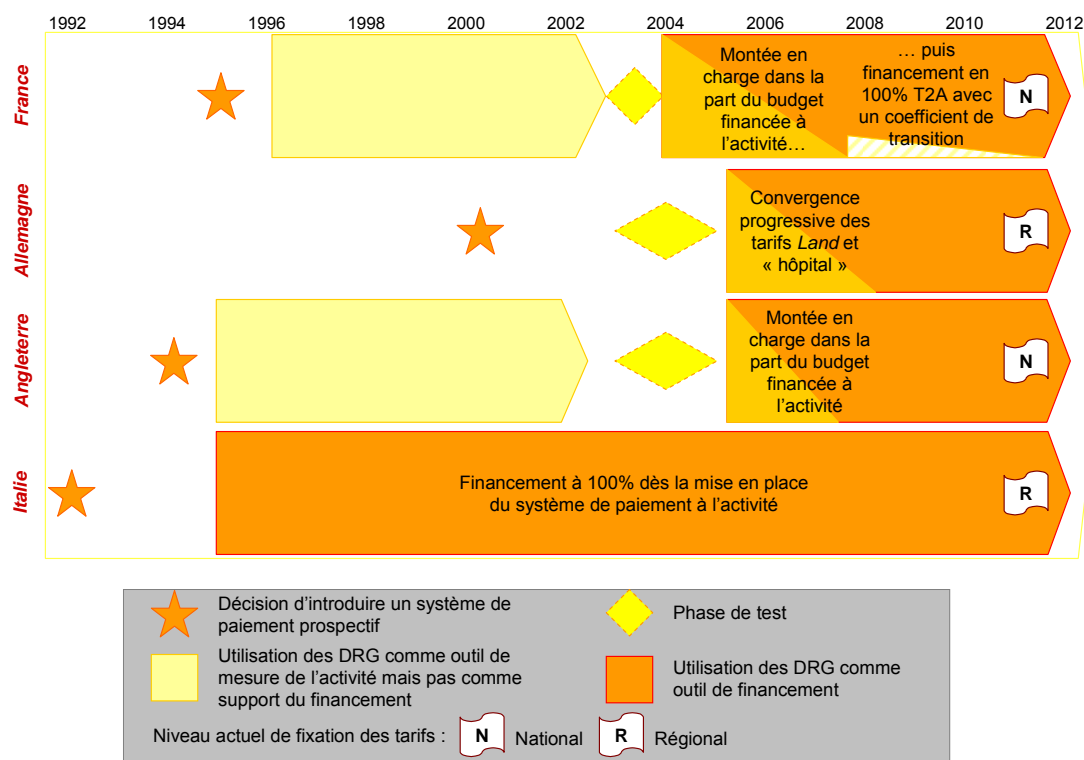
En France, la tarification à l'activité en financement prospectif a été mise en place à partir de 2004, avec une montée en charge progressive consistant à faire augmenter peu à peu la part du financement des établissements relevant directement de l'activité MCO, pour arriver à 100 % en 2008. Un dispositif transitoire complémentaire est prévu entre 2008 et 2012 avec l'application d'un coefficient de transition propre à chaque établissement de santé public. Ce coefficient de transition vise à amortir l'impact de la réforme pendant 4 ans : Les établissements « sur-dotés » en système DG et perdants en T2A se voient affectés des tarifs nationaux majorés par un coefficient de transition supérieur à 1 entre 2008 et 2011 et égal à 1 en 2012. À l'inverse, les établissements « sous-dotés » en système DG et gagnants en T2A se voient affectés des tarifs minorés sur la période 2008-2012.

En Allemagne, le système de paiement sur la base de DRGs a été mis en place en 2003, avec une montée en charge progressive jusqu'en 2010-2011, pendant laquelle les budgets des établissements sont progressivement liés à leur activité, bien que les établissements continuent à négocier un budget annuel avec les caisses d'assurance maladie.

En Angleterre, le système de « Payment by Result » (PbR, Paiement au résultat) a été introduit en 2003, avec une montée en charge progressive tant en termes de nombre d'établissements que d'activités concernés, et un système de coefficients de transition. Le système sera totalement opérationnel en 2008-2009.

En Italie, le système de paiement sur la base de DRGs a été mis en place pour 100 % des hospitalisations et des consultations externes en 1995, sans progressivité. Des évolutions spécifiques à chaque région ont été constatées depuis, étant donnée la liberté des régions en matière de pilotage du système de DRGs.

## Synthèse des dates d'introduction des différents systèmes



## Périmètre des DRGs et des enveloppes complémentaires

En France, la tarification à l'activité concerne toutes les activités hospitalières MCO. Des enveloppes complémentaires sont définies pour : la psychiatrie et les activités SSR ; les missions d'intérêt général (qui couvrent les activités d'enseignement et de recherche, les activités liées aux grands plans de santé publique – plan Cancer, plan Urgences, plan Périnatalité, les activités de soins aux détenus...) ; les activités d'urgence, de prélèvement d'organes et de transplantations d'organes (dispositifs de financement mixte).

En Allemagne, le paiement sur la base de DRGs concerne les soins aigus en hospitalisation complète et partielle. La psychiatrie et les pathologies associées, ainsi que certaines « institutions particulières », dont la durée moyenne des séjours est spécifique, restent financées par des forfaits journaliers. Des enveloppes complémentaires sont définies pour : les missions d'enseignement et de recherche ; la prise en compte des disparités géographiques pour les établissements en milieu rural isolé ; les missions telles que prise en charge des grands brûlés, des greffes et des maladies tropicales ; les urgences.

En Angleterre, les DRGs couvrent à l'origine tous les soins dispensés à l'hôpital, hors spécialités rares, santé mentale, soins communautaires, chimiothérapie, et ont vocation à s'étendre également aux soins aigus (dispensés dans des établissements spécialisés). La distribution d'enveloppes complémentaires est à la libre appréciation des PCTs, qui peuvent notamment compléter le financement à l'activité par des financements complémentaires. Le budget dévolu à ces enveloppes complémentaires est issu du budget global attribué au PCT.

En Italie, malgré une grande diversité régionale, le financement repose sur un principe commun. Le paiement basé sur les DRGs concerne les hospitalisations et les consultations externes ; le paiement basé sur le coût moyen de production concerne : les urgences ; les accidents et l'ensemble des activités avec des coûts d'attente élevés ; les programmes de prévention ; les services sociaux ; les activités de greffe ; le traitement des maladies chroniques. Les régions restent libres d'allouer des

enveloppes complémentaires (sur la base de la taxation régionale) à des activités financées sur la base de DRGs.

#### Mode de fixation des tarifs

La France et l'Angleterre ont un système relativement proche, puisque les tarifs sont fixés annuellement au niveau national, sur la base de coûts moyens constatés (sur un échantillon d'hôpitaux publics en France, et sur l'ensemble des établissements en Angleterre).

En Allemagne, le système est particulier puisque les DRGs ont un poids relatif, et non une valeur tarifaire. Le poids relatif de chaque DRG est défini au niveau national, à partir d'un calcul des coûts annuel réalisé sur la base d'hôpitaux volontaires. Un tarif de base est ensuite défini pour chaque DRG au niveau régional ; un tarif spécifique à chaque hôpital est également défini en fonction de son case-mix. Il est prévu une convergence progressive des tarifs « hôpitaux » vers le tarif régional de chaque *Land* d'ici 2009.

En Italie, chaque région définit son propre tarif par DRG, sur la base d'une classification nationale.

#### Mode de financement à l'activité : sur la base d'une activité prévisionnelle ou réalisée ?

Les différents systèmes de santé étudiés sont caractérisés par un financement prospectif, au sens où les établissements sont remboursés selon des tarifs fixés à l'avance, déconnectés des coûts réellement engagés. Cependant, des différences existent selon que le remboursement s'effectue sur la base d'une activité réelle ou prévisionnelle.

En France et en Angleterre, les établissements sont remboursés sur la base de l'activité effectivement réalisée.

En effet, en France, les établissements sont rémunérés sur la base de l'activité réalisée et déclarée *via* le PMSI, au fil de l'eau (à partir de 2008) ; un système de sanctions s'applique théoriquement en cas de non respect des prévisions (OQOS) sur lesquelles les établissements se sont engagés vis-à-vis de leur tutelle.

En Angleterre, les établissements font un budget prévisionnel et sont payés le 15 de chaque mois 1/12 du montant prévu ; ils déclarent leur activité en fin de mois au commanditaire, qui ajuste les allocations sur cette base déclarée, dans un délai d'un mois après transmission des informations.

L'Allemagne est dans une situation intermédiaire : les établissements sont remboursés sur la base d'une activité prévisionnelle, avec un ajustement *a posteriori* pour se rapprocher au plus près de l'activité réalisée. En effet, un budget prévisionnel est négocié en début d'année entre l'établissement et les caisses d'assurance maladie. Le respect des engagements budgétaires est garanti par un système de minoration du tarif DRG en cas de non atteinte ou de dépassement des objectifs d'activité, appliquée sur l'écart entre l'activité réalisée et l'activité initialement prévue. En 2007, la minoration est de 20 % du tarif en cas de non atteinte des objectifs, et de 40 % en cas de dépassement. Le financement ne correspond donc pas exactement à l'activité réalisée.

Enfin, en Italie, les établissements sont remboursés sur la base d'une activité prévisionnelle. En effet, les établissements sont financés sur la base d'un budget prédéfini, sans ajustement ni sanctions en cas de non respect des prévisions ; l'ajustement en fin d'année N se fait en fait lors de la négociation du budget de l'année N+1.

#### **En conclusion, les principales différences des systèmes étrangers par rapport à la France concernent :**

- ✓ les acteurs clés de la régulation financière : seule la France se caractérise par une séparation des fonctions de « payeur » et de « régulateur » ;
- ✓ le mode de fixation des tarifs : seule l'Angleterre est proche de la France en matière de fixation des tarifs (tarif annuel national par DRG) ; en Allemagne, des tarifs régionaux sont

définis sur la base d'un poids relatif annuel national défini pour chaque DRG ; en Italie, les régions sont entièrement libres de définir les tarifs des DRGs ;

- ✓ le mode de financement à l'activité : sur la base d'une activité prévisionnelle ou réalisée ? Seule l'Italie se caractérise par un financement basé sur une activité prévisionnelle, sans ajustement en fonction de l'activité effectivement réalisée ; l'Allemagne est dans la situation intermédiaire, avec un remboursement basé sur des prévisions d'activité, et des ajustements *a posteriori* visant à sanctionner l'écart entre le prévisionnel et le réalisé ; seules la France et l'Angleterre se caractérisent par un remboursement correspondant exactement à l'activité réalisée.

### **1.3. PRINCIPAUX PROCESSUS ET ACTEURS CLÉS DE LA PLANIFICATION SANITAIRE**

Les processus identifiés sont issus de l'approche « législative et réglementaire » menée pour le cas français dans le cadre de l'étude théorique en amont de la présente analyse comparative.

La démarche de planification sanitaire peut être décomposée en 6 processus, qui s'enchaînent pour certains de façon linéaire :

1. L'évaluation des besoins de santé
2. L'élaboration d'un plan sanitaire et la répartition de l'offre de soins
3. La délivrance des autorisations
4. La contractualisation entre les établissements et leur tutelle
5. La validation des projets d'investissement
6. L'accréditation qualité des établissements.

L'évaluation des besoins de santé (1) est l'étape fondatrice d'une démarche de planification sanitaire. Elle alimente le processus d'élaboration d'un plan sanitaire et de répartition de l'offre de soins (2), qui doit être pensé en cohérence avec les besoins de santé identifiés.

La délivrance des autorisations (3) découle logiquement des orientations inscrites dans les plans sanitaires, tout comme la contractualisation entre les établissements de santé et leur tutelle (4), qui décline au niveau d'un établissement les objectifs du plan sanitaire et donne lieu à un contrat décrivant précisément les engagements de l'établissement.

Les projets d'investissement donnent généralement lieu à une validation par les tutelles (5) dans la mesure où celles-ci prennent en charge une partie des coûts d'investissement ; les projets doivent de plus être cohérents avec le plan sanitaire.

Enfin, selon les pays, le processus d'accréditation qualité des établissements (6) est plus ou moins intégré à la planification sanitaire, la qualité étant un critère pris en compte dans le suivi des contrats entre les établissements et leur tutelle.

Le tableau ci-dessous recense, pour chaque processus, les acteurs décideurs et les autres acteurs impliqués et met en évidence les spécificités de chaque pays ainsi que les principaux éléments de compréhension de ce processus.



	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Évaluation des besoins de santé	<p><i>Niveau d'évaluation</i> Régional</p> <p><i>Acteurs</i> ARH : synthèse des informations régionales Consultation des établissements</p> <p><i>Sources d'information</i> Activité réalisée (PMSI) et études épidémiologiques et démographiques complémentaires</p> <p><i>Méthode</i> Concertation</p>	<p><i>Niveau d'évaluation</i> Régional</p> <p><i>Acteurs</i> Établissements : prévisions d'activité Ministère de la santé du Land : synthèse des prévisions et ajustements</p> <p><i>Sources d'information</i> Prévisions d'activité ; études démographiques</p> <p><i>Méthode</i> Formule de Hill-Burton ou « formule du besoin en lits » : formule statistique et mathématique qui arrête le besoin en lits (B) d'un secteur de prise en charge donné selon les déterminants suivants : B = besoin en lits 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 <math display="block">B = (RE \times H \times DS) / (365 \times OL)</math></p>	<p><i>Niveau d'évaluation</i> National et local</p> <p><i>Acteurs</i> National : ACRA (Advisory Committee on Resource Allocation) Local : Primary Care Trust</p> <p><i>Sources d'information</i> Etudes démographiques, épidémiologiques et sociologiques</p> <p><i>Méthode</i> 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 musculosquelettique.</p>	<p><i>Niveau d'évaluation</i> Local puis régional</p> <p><i>Acteurs</i> Local : unités sanitaires locales et hôpitaux publics autonomes Régional : départements sanitaires des gouvernements régionaux</p> <p><i>Sources d'information</i> Activité réalisée et études épidémiologiques et démographiques</p> <p><i>Méthode</i> Concertation</p>

	<b>France</b>	<b>Allemagne</b>	<b>Angleterre</b>	<b>Italie</b>
Élaboration d'un plan et répartition de l'offre de soins	<p><i>Acteurs</i> Rôle décisionnel : ARH Rôle consultatif : usagers ; professionnels de santé ; établissements ; élus locaux</p> <p><i>Autres éléments pris en compte</i> Plans nationaux de santé publique</p>	<p><i>Acteurs</i> Régional : Rôle décisionnel : Ministère de la santé du <i>Land</i> : définit le nombre de lits par spécialité dans la région Rôle consultatif : Caisses d'assurance maladie et établissements Local : Autorités locales : répartition des lits entre les établissements</p>	<p><i>Acteurs</i> Rôle décisionnel : PCTs : « commande » de soins auprès des établissements Rôle consultatif : Strategic Health Authorities en cas de conflit</p> <p><i>Autres éléments pris en compte</i> Priorités nationales de santé publique</p>	<p><i>Acteurs</i> National : Ministère de la Santé, sur propositions des régions Régional : Parlement régional : déclinaison du plan national</p>
Autorisations	<p>ARH (pour tous types d'établissements)</p> <p><i>Unité</i> Activité</p>	<p>Le Ministère de la Santé du <i>Land</i> sélectionne les établissements autorisés à faire partie du plan hospitalier du <i>Land</i> (les établissements hors plan négocient leur activité remboursée avec les caisses d'assurance maladie)</p> <p><i>Unité</i> Lits et places</p>	<p>Public : SHAs et PCTs Privé : Ministère de la santé</p> <p><i>Unité</i> Activité et niveau de qualité associé</p>	<p>Gouvernement régional (pour tous types d'établissements)</p> <p><i>Unité</i> Activité</p>
Contractualisation des établissements	<p>ARH et établissements (CPOM)</p> <p><i>Forme</i> Contrat de 5 ans ; l'établissement s'engage sur un niveau d'activité sous forme d'OQOS</p> <p><i>Suivi</i> Rapport d'exécution annuel</p>	<p>Caisses d'assurance maladie et établissements sur la base du plan hospitalier du <i>Land</i></p> <p><i>Forme</i> Contrat annuel concernant un niveau d'activité auquel correspond un engagement de financement</p> <p><i>Suivi</i> Revue annuelle</p>	<p>PCTs et établissements</p> <p><i>Forme</i> Contrats de 3 ans, objectifs chiffrés annuels portant sur un niveau d'activité ; les contrats ont une portée juridique d'encadrement de l'activité</p> <p><i>Suivi</i> Revue mensuelle par les PCTs et les établissements</p>	<p>Gouvernement régional avec unités sanitaires locales et hôpitaux publics autonomes Puis unités sanitaires locales avec établissements privés accrédités</p> <p><i>Forme</i> Contrats annuels avec volume, tarif et qualité des activités</p> <p><i>Suivi</i> Annuel par la tutelle sur la base des rapports d'activité</p>

	<b>France</b>	<b>Allemagne</b>	<b>Angleterre</b>	<b>Italie</b>
<b>Validation des investissements</b>	<p>Dans le cadre des plans d'investissement nationaux (Plan Hôpital 2007 puis 2012) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- demande par l'établissement</li> <li>- présélection par l'ARH</li> <li>- validation du dossier et de la hauteur de prise en charge par la MAINH et la DHOS</li> </ul> <p>Hors plans d'investissements nationaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- demande par l'établissement</li> <li>- validation par l'ARH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande par l'établissement</li> <li>- Validation par le Ministère de la santé du <i>Land</i></li> <li>- Financement des investissements jugés « nécessaires »</li> </ul>	<p>Établissements autonomes sur le plan de l'investissement ; appel à des fonds privés.</p> <p>Si besoin, les PCTs peuvent se porter garants de ces prêts.</p> <p>Les PCTs et SHAs délivrent des autorisations uniquement pour les investissements majeurs (reconstruction d'un établissement entier par exemple).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demande par les unités sanitaires locales et les hôpitaux publics autonomes</li> <li>- Validation et financement par le gouvernement régional</li> </ul> <p>Possibilité pour le Ministère de la santé de financer des investissements en fonction des besoins et de la qualité de service de chaque région.</p>
<b>Accréditation qualité des établissements</b>	<p>Processus indépendant de la planification sanitaire, mené par la Haute Autorité de Santé, autorité indépendante</p> <p><i>Périmètre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation de la prise en charge du patient</li> <li>- gestion hospitalière</li> <li>- management de la qualité et gestion des risques</li> </ul> <p><i>Sanctions</i></p> <p>La planification ne prend pas en compte les résultats de l'accréditation.</p>	<p>Ministère de la santé du <i>Land</i> sur la base d'un rapport établi par l'établissement tous les deux ans, portant sur des indicateurs définis par un office national</p> <p><i>Périmètre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- organisation générale de l'établissement</li> <li>- organisation des prestations par service</li> <li>- indicateurs de qualité sur les aspects médicaux et de soins</li> <li>- management de la qualité</li> </ul> <p><i>Sanctions</i></p> <p>En cas d'absence de rapport, contrôle qualité approfondi par le service médical de la caisse d'assurance maladie ; si les prestations sont jugées non conformes au niveau de qualité attendu, la caisse peut imposer des minoration sur les paiements.</p> <p>Dans tous les cas, si les standards de qualité établis par la BQS ne sont pas atteints, l'établissement doit se justifier et proposer un plan d'action.</p>	<p>Mené par une autorité indépendante : Healthcare Commission</p> <p><i>Périmètre</i></p> <p>Les établissements sont classés sur une échelle de 0 à 3 étoiles en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du niveau des listes d'attente et des délais d'attente</li> <li>- du nombre d'opérations annulées</li> <li>- de la propreté de l'établissement</li> <li>- des taux de mortalité</li> <li>- de l'équilibre financier</li> <li>- du taux de réadmission en urgence.</li> </ul> <p><i>Sanctions</i></p> <p>Seuls les 3* peuvent obtenir un statut autonome (Foundation trusts). Pas de mesures de sanction mais risque de chute d'activité en cas de mauvaise notation.</p> <p>D'autre part, la notion d'évaluation de la qualité est également présente dans les contrats établissements / commanditaires.</p>	<p>Unités sanitaires locales pour les établissements privés demandant l'intégration au réseau du SSN</p> <p><i>Périmètre</i></p> <p>Référentiels régionaux portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la qualité organisationnelle, managériale et technologique de l'infrastructure</li> <li>- les compétences et pratiques des professionnels</li> <li>- l'évaluation de la valeur ajoutée de cette intégration pour la population.</li> </ul> <p><i>Sanctions</i></p> <p>Non intégration</p>

#### **1.4. PRINCIPAUX PROCESSUS ET ACTEURS CLÉS DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Les processus identifiés sont issus de l'approche « législative et réglementaire » menée pour le cas français dans le cadre de l'étude théorique en amont de la présente analyse comparative.

Le financement des établissements de santé peut être décomposé en 8 processus :

1. La fonction de paiement (versement effectif des sommes allouées aux établissements)
2. La définition du budget global pour les dépenses de santé
3. La définition des tarifs des DRGs
4. La définition des enveloppes complémentaires hors DRGs
5. L'allocation des ressources, aux différents niveaux (depuis le niveau national jusqu'à l'établissement)
6. L'audit et le contrôle de l'activité DRG des établissements
7. L'approbation des documents budgétaires et financiers
8. Le pilotage médico-économique des établissements.

Selon les pays, la fonction de paiement (1) se confond plus ou moins avec l'allocation des ressources (5) ; cependant, il nous paraît important de distinguer le rôle du régulateur (qui définit le montant des ressources allouées) de celui du payeur (qui verse effectivement les sommes allouées). L'allocation des ressources intervient quant à elle à différents niveaux, avec une répartition successive de l'enveloppe globale (entre les secteurs, entre les établissements...).

La définition du budget global pour les dépenses de santé (2) correspond, dans la plupart des pays, au vote de l'enveloppe allouée à l'ensemble des dépenses de santé au niveau national, tous secteurs confondus (hospitalier, soins de ville, prévention...).

Au sein du secteur hospitalier, on distingue les activités financées par un tarif DRG (3) et les activités financées par des enveloppes complémentaires (4). Le périmètre de ces activités varie d'un pays à l'autre.

Le financement des activités DRG s'appuie sur des processus d'audit et de contrôle des déclarations des établissements (6).

La tutelle (ou le « payeur » selon les pays) valide (ou négocie) le budget des établissements (7).

Enfin, l'introduction d'un financement par DRG a renforcé le besoin de pilotage médico-économique des établissements (8), afin de lier davantage le financement à l'efficience.

Le tableau ci-dessous recense, pour chaque processus, les acteurs décideurs et les autres acteurs impliqués et met en évidence les spécificités de chaque pays ainsi que les principaux éléments de compréhension de ce processus.

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Fonction de paiement (versement aux établissements)	<u>Activité</u> CRAM <i>Base</i> Déclarations d'activité des établissements Paiement au fil de l'eau sur une base mensuelle, à partir de 2008  <u>Investissement</u> ARH, MainH (Plan Hôpital 2012), autofinancement et emprunt	<u>Activité</u> Caisses d'assurance maladie <i>Base</i> Budget prévisionnel réajusté en fonction de l'activité réalisée  <u>Investissement</u> Ministère de la Santé du <i>Land</i> , autorités politiques locales et autofinancement	<u>Activité</u> PCTs <i>Base</i> Budget prévisionnel réajusté en fonction de l'activité réalisée  <u>Investissement</u> Emprunt	<u>Activité</u> Gouvernement régional <i>Base</i> Budget prévisionnel  <u>Investissement</u> Gouvernement régional
Définition du budget global pour les dépenses de santé	Parlement - vote de l'ONDAM (au sein du budget de l'État)	<u>Régional</u> : Caisses d'Assurance Maladie (sur la base des cotisations des affiliés)  <u>National</u> : Parlement (complément par rapport aux besoins définis, sur le budget de l'État)	Parlement - vote de l'enveloppe santé (au sein du budget de l'État)	<u>National</u> : Parlement : vote de la loi de financement de la santé (au sein du budget de l'État)  <u>Régional</u> : Gouvernement régional (complément budgétaire sur la base de la taxation régionale)

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Définition des tarifs DRG	<p>Tarif national défini par le Ministère de la santé</p> <p><i>Base</i> Valorisation initiale en 2005 : à partir d'un calcul des coûts réalisé sur la base d'hôpitaux publics volontaires (Échelle Nationale de Coûts) Mise à jour depuis 2006 : par rapport aux tarifs de l'année précédente sans référence automatique à l'étude de coûts, en appliquant un taux d'évolution des tarifs décidé nationalement au vu des prévisions d'activités et de dépenses</p> <p><i>Fréquence de révision des tarifs et de la nomenclature</i> Annuelle</p>	<p><u>National</u> : Poids relatif de chaque DRG défini au niveau national par l'Institut Allemand pour le Système de Tarification Hospitalier Prospectif (<i>Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – InEK</i>).</p> <p><i>Base</i> Calcul des coûts annuel réalisé sur la base d'hôpitaux volontaires</p> <p><i>Fréquence de révision des tarifs et de la nomenclature</i> Annuelle</p> <p><u>Régional</u> : Tarif de base d'un DRG défini par les partenaires de l'autogestion : Fédération régionale des hôpitaux (<i>Landeskrankenhaus gesellschaft – LKG</i>) et caisses d'assurance maladie</p> <p><u>Hôpital</u> : Tarif spécifique à chaque hôpital en fonction de son case-mix Convergence des tarifs « hôpitaux » vers le tarif régional d'ici 2009</p>	<p>Tarif national défini par le Ministère de la santé</p> <p><i>Base</i> Données du RCI (Reference Cost Index), base de données nationale rassemblant les coûts de tous les hôpitaux (coût complet par GHS établi annuellement selon une démarche standard pour tous les établissements)</p> <p><i>Fréquence de révision des tarifs et de la nomenclature</i> Annuelle</p>	<p><u>National</u> : Le Ministère de la santé donne des orientations aux gouvernements régionaux et définit la nomenclature nationale des DRGs</p> <p><i>Fréquence de révision de la nomenclature</i> Une seule révision en 2007</p> <p><u>Régional</u> : Liberté des gouvernements régionaux dans la définition des tarifs des DRGs, sur la base de la nomenclature nationale</p> <p><i>Fréquence de révision des tarifs</i> Variable selon les régions : par exemple, annuelle en Emilie-Romagne ; 4 fois depuis 1997 en Lombardie</p>

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Définition des enveloppes complémentaires hors DRG	<p>Ministère de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- missions d'intérêt général (qui couvrent les activités d'enseignement et de recherche, les activités liées aux grands plans de santé publique – plan Cancer, plan Urgences, plan Périnatalité, les activités de soins aux détenus...)</li> <li>- activités d'urgence, de prélèvement d'organes et de transplantations d'organes</li> <li>- Dotation Annuelle de Financement (DAF) pour les activités hospitalières de psychiatrie et de SSR</li> </ul>	<p><u>National</u> :</p> <p>InEK calcule le poids relatif national des enveloppes complémentaires (<i>Zusatzentgelte</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- missions d'enseignement et de recherche, prise en compte des disparités géographiques pour les établissements en milieu rural isolé...</li> <li>- psychiatrie</li> <li>- services d'urgence</li> </ul> <p><u>Régional</u> :</p> <p>Fédération régionale des hôpitaux définit le montant régional des enveloppes</p>	<p>PCTs : définition d'enveloppes complémentaires sous la forme de Service Level Agreement, pour compenser des coûts locaux plus élevés du fait de contraintes locales spécifiques ou d'un niveau de service supérieur</p>	<p><u>National</u> :</p> <p>Le Ministère de la santé finance les régions pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la réalisation de campagnes publicitaires</li> <li>- la gestion des crises sanitaires</li> </ul> <p><u>Régional</u> :</p> <p>Paieement basé sur le coût moyen de production pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les urgences</li> <li>- les accidents et l'ensemble des activités avec des coûts d'attente élevés</li> <li>- les programmes de prévention</li> <li>- les services sociaux</li> <li>- les activités de greffe</li> <li>- le traitement des maladies chroniques</li> </ul> <p>Possibilité pour le gouvernement régional de définir des enveloppes complémentaires pour fournir d'autres services de santé ou pour financer des activités DRG</p>
Allocation des ressources – niveau 1	<p><u>National vers régional</u> :</p> <p>Le Ministère de la santé répartit les <b>enveloppes complémentaires</b> entre les régions, fléchées par mission</p> <p><i>Critères</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valorisation initiale en 2005 sur la base des données 2003, avec ajustement pour les évolutions de 2004</li> <li>- Pour les années suivantes, prise en compte du taux d'évolution de l'ONDAM</li> </ul>	<p><u>Régional vers secteurs de soins</u> :</p> <p>Les caisses d'assurance maladie répartissent leur <b>budget global</b> entre la médecine de ville, le secteur hospitalier, les activités SSR et les autres activités</p> <p><i>Critères</i></p> <p>Propres à chaque caisse d'assurance maladie</p>	<p><u>National vers régional</u> :</p> <p>Le Ministère de la Santé répartit le <b>budget global</b> entre les SHAs</p> <p><i>Critères</i></p> <p>Données démographiques et sociologiques, prises en compte dans une formule de calcul revue chaque année</p>	<p><u>National vers régional</u> :</p> <p>Le Ministère de la santé définit le montant des enveloppes (<b>dépenses courantes et investissements</b>) à allouer aux régions</p> <p><i>Critères</i></p> <p>Critères démographiques définis dans le cadre de conférences associant le Ministère de la santé et les gouvernements régionaux</p>

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Allocation des ressources – niveau 2	<p><u>Régional vers établissement</u> : L'ARH répartit les enveloppes complémentaires entre les établissements</p> <p><i>Critères</i> Répartition de chaque enveloppe fléchée entre les établissements, en fonction de leur contribution respective aux différentes missions d'intérêt général</p>	<p><u>Régional vers établissements</u> : Les caisses d'assurance maladie négocient le budget des établissements</p> <p><i>Critères</i> - Prévisions des établissements et activité réalisée l'année précédente - Ajustement en fin d'année en fonction de l'activité réalisée</p>	<p><u>Régional vers local</u> : La SHA répartit l'enveloppe entre les PCTs</p> <p><i>Critères</i> Données démographiques et sociologiques, méthode à la libre appréciation de chaque SHA mais souvent reprise de la formule nationale</p>	<p><u>Régional vers local</u> : Le gouvernement régional définit le budget des unités sanitaires locales</p> <p><i>Critères</i> Mêmes critères que ceux définis au niveau national</p>
Allocation des ressources – niveau 3	N/A	N/A	<p><u>Local vers établissement</u> : Les PCTs répartissent l'enveloppe entre les fournisseurs de soins</p> <p><i>Critères</i> Budget prévisionnel ajusté en fonction de l'activité réalisée + négociations d'enveloppes complémentaires (SLAs)</p>	<p><u>Local vers établissement</u> : L'unité sanitaire locale définit le budget des hôpitaux publics sous son contrôle et des établissements privés accrédités Pour les hôpitaux publics autonomes, le budget est défini directement par le gouvernement régional</p> <p><i>Critères</i> - Pour les hôpitaux publics, activité réalisée l'année précédente + évolution des coûts - Pour les établissements privés, activité prévisionnelle Pas d'ajustement en fin d'année</p>



	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Audit et contrôle de l'activité DRG des établissements	<p>Deux types de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrôle <i>a priori</i> (avant paiement), systématiquement réalisé par la CRAM sur les données de facturation par des tests de vraisemblance</li> <li>- Contrôle <i>a posteriori</i>, décidé par l'ARH et réalisé par les médecins conseil de la CRAM, visant à s'assurer que les éléments de facturation des séjours sont cohérents avec les données médicales (dossiers médicaux des séjours)</li> </ul> <p><i>Base</i> Reporting des établissements</p> <p><i>Fréquence des contrôles et sanctions</i> Fréquence des contrôles variable par établissements : Dépend des résultats des contrôles de ciblage. Sanction : remboursement de l'indu en cas de surfacturation ; possibilités de sanctions financières supplémentaires, déterminées en fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport à la totalité des sommes dues</p>	<p>Service médical de l'assurance maladie (<i>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung</i>), sur demande des caisses d'assurance maladie</p> <p>Deux types de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un contrôle au cas par cas, lorsqu'il existe un doute sur la validité de la prestation de soins ou de la facturation</li> <li>- Un contrôle par échantillonnage</li> </ul> <p><i>Base</i> Reporting des établissements aux Caisses d'assurance maladie</p> <p><i>Fréquence des contrôles et sanctions</i> La loi laisse aux partenaires de l'autogestion le soin de définir, au niveau régional, les modalités concrètes de ces contrôles ; pas de méthodologie de contrôle commune</p>	<p>Les PCTs audient les déclarations des établissements</p> <p><i>Base</i> Reporting mensuel des établissements</p> <p><i>Fréquence des contrôles et sanctions</i> La fréquence des contrôles et les sanctions sont laissées à la libre appréciation des PCTs</p>	<p>Gouvernement régional pour les unités sanitaires locales et les hôpitaux publics autonomes Unités sanitaires locales pour les établissements privés</p> <p><i>Base</i> Reporting mensuel d'activité par les établissements (échéance fin du mois N+1 pour le mois N) Reporting de l'année N avant le 15 février de l'année N+1</p> <p><i>Fréquence des contrôles et sanctions</i> Décalage de 3 à 4 mois par rapport aux déclarations d'activité (et jusqu'à 8 mois pour les patients soignés dans d'autres régions) En cas d'erreur, suppression des cas concernés En cas de fraude (cas déclaré sans preuve matérielle dans le dossier patient), les établissements sont passibles de poursuites judiciaires</p>
Approbation des documents budgétaires et financiers	ARH	Caisses d'assurance maladie (niveau régional)	Les PCTs approuvent les budgets. En cas de litige, les SHA interviennent.	Gouvernement régional pour les unités sanitaires locales et les hôpitaux publics autonomes Unités sanitaires locales pour les établissements privés

	<b>France</b>	<b>Allemagne</b>	<b>Angleterre</b>	<b>Italie</b>
Pilotage médico-économique	ARH	<p>Régional : Service médical des Caisses d'assurance maladie</p> <p>National : Caisses d'assurance maladie</p>	<p>National : L'organisme « National audit office » vérifie le bon usage des ressources à la fois sur le plan financier et médical.</p> <p>Régional : Les SHAs peuvent encourager des comparaisons de l'efficience des établissements de leur région.</p>	<p>Gouvernement régional pour les unités sanitaires locales et les hôpitaux publics autonomes</p> <p>Unités sanitaires locales pour les établissements privés</p>

## 2. OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA PLANIFICATION ET LE FINANCEMENT

Les objectifs indiqués dans les tableaux ci-dessus sont tirés de notre analyse du cas français (approche conceptuelle) du système français, ainsi que de l'analyse des documents fondateurs de la planification actuelle (principes des SROS 3) et du financement (Discours de lancement du Plan Hôpital 2007, introduisant la tarification à l'activité).

Chacun des correspondants des pays retenus pour le benchmark s'est positionné par rapport à ces objectifs en indiquant l'importance de l'objectif dans son pays ainsi que l'état actuel d'atteinte de cet objectif.

Nous avons retenu ici les objectifs jugés comme majeurs pour le pays, et avons indiqué le degré d'atteinte de l'objectif par le pictogramme suivant :









Objectif majeur et atteint ;







Objectif majeur mais non encore atteint.

### 2.1. PLANIFICATION SANITAIRE

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Garantir une égalité d'accès aux soins	Les SROS sont élaborés sur le principe d'une gradation des soins sur le territoire, garantissant ainsi le maintien d'activités de proximité.	L'inclusion d'un établissement de santé dans le plan hospitalier du <i>Land</i> implique son engagement à garantir une offre de soins pour tous les patients.	L'égalité d'accès aux soins s'entend ici comme un égal accès à une offre de qualité dans des délais d'attente raisonnables. La notion de délais d'attente est un point essentiel du programme de réforme du gouvernement travailliste (ils doivent être ramenés à moins de 18 semaines).	Depuis la création du Servizio Sanitario Nazionale en 1978, le Ministère de la santé définit tous les ans une liste des soins devant être garantis <i>a minima</i> à la population de toutes les régions. L'égalité dans l'accès aux soins est donc une priorité constante du gouvernement. Cependant il existe de fortes inégalités régionales du fait du processus de « fédéralisme fiscal ».






	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Garantir la qualité des soins	 Garantir la qualité des soins est un objectif inscrit dans les SROS 3, atteint grâce à la mobilisation de réseaux et le développement de coopérations, offrant compétences médicales et capacités d'hospitalisation.	 La qualité des soins est une préoccupation majeure en Allemagne. Des contrôles qualité obligatoires et systématiques sont organisés.	 Le système anglais se veut très libéral ; la garantie de pouvoir accéder à des soins de qualité, gratuits, dans des délais raisonnables est l'un des garde-fous du système. Des normes de qualité très strictes sont prises en compte dans l'élaboration des contrats entre les commanditaires et les fournisseurs de soins.	 Les hôpitaux publics autonomes sont par principe très spécialisés et disposent d'équipement de pointe. À l'inverse, les hôpitaux publics locaux offrent des soins plus « basiques » et sont moins équipés. Des écarts de qualité, notamment dans la prise en charge des complications, peuvent être constatés.
Encourager la coopération entre les fournisseurs de soins	 L'un des objectifs du Plan Hôpital 2007, inscrit dans les SROS 3, est de favoriser les coopérations entre établissements, sous différentes formes : <ul style="list-style-type: none"> <li>- regroupements d'établissements, qu'ils soient publics ou privés</li> <li>- coopérations entre établissements (ex : GCS)</li> <li>- développement des réseaux ville-hôpital.</li> </ul> On observe que les Plans Hôpital 2007 et 2012 financent de nombreuses opérations de regroupement.	 Historiquement, les secteurs hospitaliers et ambulatoires étaient strictement séparés : les établissements de santé n'étaient pas autorisés à réaliser des actes ambulatoires ; depuis 2004, les établissements de santé sont autorisés à pratiquer des actes ambulatoires pour des activités spécialisées. De plus, les coopérations entre secteur hospitalier et soins de ville (notion d'offre intégrée : <i>Integrierte Versorgung</i> ) ont été favorisées à partir de 1993 ; depuis 2000, les coopérations sont incitées par des financements dédiés, avec des contrats de « soins intégrés ».	<p>La régulation de l'organisation de l'offre de soins (notamment par le biais de coopérations) n'entre pas dans le champ des compétences des tutelles anglaises. En effet, leur rôle se limite à la vérification de la qualité des soins et au respect des droits du patient, l'organisation de l'offre de soins étant laissée aux soins des établissements eux-mêmes.</p>	<p>Il ne s'agit pas d'un objectif de la planification sanitaire.</p>

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Optimiser l'organisation de l'offre de soins	 L'optimisation de l'organisation de l'offre de soins est un objectif des SROS 3, au sens où la planification sanitaire doit permettre de trouver la juste organisation pour offrir à toute la population des soins adaptés. Toutefois, les restructurations les plus lourdes se heurtent à des freins politiques et culturels qui ralentissent leur mise en œuvre.	 La logique du besoin et les méthodes d'évaluation des besoins de santé conduisent à ajuster l'offre de soins en fonction de critères démographiques.	<p>La spécialisation des établissements est la garantie d'une offre de santé efficiente et de qualité, qui est portée par le marché mais n'est pas régulée par le gouvernement. Il existe actuellement un mouvement important de création de « Centres d'Excellence », par opposition au maintien d'une multitude d'établissements locaux généralistes.</p>	 La réorganisation de l'offre de soins est freinée par des pressions politiques pour le maintien de certains établissements malgré des taux d'occupation faibles.
Maintenir des activités d'intérêt général	 En France, la notion d'intérêt général répond à la volonté d'un service public de santé fort. Dans le cadre de la planification, les établissements s'engagent à maintenir ce type d'activités.	<p>La définition et le périmètre des activités d'intérêt général varient fortement d'un pays à l'autre. Dans tous les cas, leur maintien n'est pas un objectif majeur, d'autant que les fournisseurs de soins prennent en charge cette activité sans nécessité d'une action politique spécifique.</p>		

## 2.2. MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Limitier les dépenses de santé	<p>☹ À ce jour, il n'a pas été observé de réduction des dépenses de santé suite à la mise en place de la tarification à l'activité.</p>	<p>☺ Afin de ne pas augmenter les cotisations de leurs affiliés (volonté politique nationale), l'enveloppe globale pour la santé est plafonnée et les hôpitaux doivent s'adapter.</p>	<p>☺ Les dépenses de santé sont actuellement en baisse de 2 à 3 % par an, grâce à une politique volontariste de baisse de tarifs quand des gains de productivité sur la prise en charge d'une pathologie ont été constatés dans certains établissements.</p>	<p>☹ Augmentation importante des salaires et des coûts d'exploitation, en raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- du pouvoir des syndicats</li> <li>- du lobby des industries</li> <li>- du manque d'efficience des structures publiques</li> <li>- de l'absence de concurrence entre établissements publics et privés.</li> </ul>
Garantir une équité dans l'allocation des ressources	<p>☺ Le système de dotation globale pouvait conduire à la constitution de rentes de situation ou au contraire à un manque de financement ; de plus, ce système ne permettait pas de comparer le financement des établissements publics et privés. La tarification à l'activité avec l'unicité des tarifs nationaux doit permettre à terme de résoudre ces deux points.</p>	<p>☺ Dans le système des budgets cibles préexistant, la coexistence de plusieurs méthodes de paiement permettait aux établissements d'optimiser leurs revenus en jouant sur les différentes composantes du budget. Avec la tarification à l'activité, la même performance est rémunérée au même tarif (au sein d'un même <i>Land</i>).</p>	<p>Il ne s'agit pas d'un objectif car le système précédent la mise en place du paiement prospectif, très libéral, n'empêchait pas la transparence dans le mode d'allocation des ressources.</p>	<p>☺ Dans le système précédent, les unités sanitaires locales étaient maîtres de la répartition des budgets entre leurs établissements, sans règle commune. Les établissements privés étaient quant à eux financés selon un système spécifique. La tarification à l'activité a uniformisé le mode de financement pour tous les établissements (au sein d'une même région).</p> <p>☹ Le mode de financement dans certaines régions peut induire des inégalités croissantes, puisque le taux de remboursement dépend du degré de complexité du case-mix<sup>4</sup>.</p>

<sup>4</sup> Sur ce point, voir le paragraphe 3.3 p. 42, sur le conflit entre « Garantir la qualité des soins » et « Garantir une équité dans l'allocation des ressources ».

	France	Allemagne	Angleterre	Italie
Encourager les établissements à s'adapter et à améliorer leur rentabilité	Il s'agit davantage d'une conséquence que d'un objectif de la réforme. L'adaptation est en cours et nécessite encore des changements culturels importants au sein des établissements publics (cette logique étant acquise pour les établissements privés).	 Les communes n'ont plus les moyens d'apporter un soutien financier aux établissements qu'elles gèrent. Or, les établissements, habitués jusqu'ici à ce soutien financier, n'ont pas encore pris la mesure des efforts de rentabilité à faire. On constate par conséquent un gel des investissements qui risque conduire à une obsolescence des infrastructures.	Le système libéral anglais a toujours incité les établissements à améliorer leur rentabilité et la réforme n'y a rien changé.	 Strict contrôle des coûts de la part des autorités régionales. Tendance à focaliser sur les coûts plutôt que sur la rentabilité. Faible marge de manœuvre du management hospitalier du fait de l'absence de fongibilité du budget entre les groupes de dépenses.
Responsabiliser financièrement le management hospitalier	 La réforme de la Tarification à l'Activité, associée à la Nouvelle Gouvernance, responsabilise l'ensemble du management hospitalier et incite à piloter au plus près la gestion des services.	Ce n'est pas un objectif mais une conséquence de la réforme. Un changement de mentalité est nécessaire pour sensibiliser les services médicaux à la notion d'efficacité et à la nécessité de réduire les coûts. Le pilotage des différents services se développe à l'intérieur des établissements, sur la base d'une analyse mensuelle des écarts entre les prévisions budgétaires et l'activité réalisée. Des systèmes d'intéressement des services médicaux aux résultats de l'établissement se mettent en place.	 Les directeurs d'établissements répondent désormais de la santé financière de leur établissement ; la sanction en cas de mauvaise gestion pouvant aller jusqu'au licenciement.	 La réforme de 1992, avec la mise en place d'une tarification à l'activité, a été accompagnée d'un renforcement de l'autonomie financière des établissements (création du statut d'hôpital public autonome et responsabilité financière des hôpitaux publics sous le contrôle des unités sanitaires locales). De plus, les autorités régionales exercent un contrôle strict des coûts qui incite le management hospitalier à réduire les coûts.

	<b>France</b>	<b>Allemagne</b>	<b>Angleterre</b>	<b>Italie</b>
Développer le pilotage médico-économique	<p>Le développement du pilotage médico-économique est plutôt une conséquence de la mise en place du système de tarification à l'activité. En effet, la T2A rend indispensable une vision analytique permettant un pilotage médico-économique plus fin. Mais le développement des outils nécessaires est encore hétérogène au sein des établissements.</p>	<p>Le développement du pilotage médico-économique est plutôt une conséquence de la mise en place du système de tarification à l'activité, et est rendu particulièrement nécessaire dans le système allemand où le budget des établissements dépend principalement des projections d'activité.</p>	<p>Le développement du pilotage médico-économique est plutôt une conséquence de la mise en place du système de tarification à l'activité, et s'est particulièrement développé avec la hausse des responsabilités confiées aux PCTs, qui doivent garantir une offre de soins de qualité aux habitants. Le contrôle des établissements de leur territoire, tant sur le plan économique que sur celui de la qualité, est donc nécessaire.</p>	<p>Le développement du pilotage médico-économique est plutôt une conséquence de la réforme. En effet, l'enjeu de la réforme est de mettre en place un système de financement au plus près de la réalité des coûts et de l'activité, ce qui nécessite la mise en place d'outils d'analyse médico-économique fins et précis.</p>



## 2.3. COMPARAISON AVEC LE SYSTÈME FRANÇAIS

### 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 est 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.

Enfin, la France est le seul pays à afficher un attachement fort à la réalisation d'activités d'intérêt général. Cette notion est parfois difficile à transposer à l'étranger, car les champs couverts par les « missions d'intérêt général » à l'hôpital ne sont pas identiques.

De plus, la répartition des responsabilités limite la pertinence des comparaisons sur ce sujet : ainsi, dans plusieurs pays, notamment en Angleterre, une structure unique est en charge de l'état de santé de la population de son territoire ; la prévention est alors considérée comme un calcul économique (il est plus rentable de faire de la prévention que de soigner des pathologies complexes) et non comme une activité d'intérêt général.

En Allemagne, cette notion recouvre notamment les aspects d'enseignement et de recherche ainsi que de maintien d'activité dans des zones isolées. La prise en charge de la prévention est en revanche laissée à la libre appréciation des établissements.

### 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 : 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.<sup>5</sup>
- ✓ 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.

Par ailleurs, dans tous les pays, à l'exception de l'Angleterre, améliorer l'équité dans l'allocation des ressources était un objectif essentiel. Le système de tarifs connus de tous, qu'ils soient fixés à un échelon national ou régional, permet de répondre à cette exigence.

L'Angleterre n'a pas affiché cet objectif comme prioritaire, car le système précédent la mise en place du paiement prospectif, très libéral, n'empêchait pas la transparence dans le mode d'allocation des ressources.

Tous les pays ont indiqué que la tarification visait et permettait de responsabiliser le management hospitalier. Seule l'Allemagne ne considère pas ce point comme un objectif important, mais plutôt comme une conséquence de la réforme. La France a mis en place, parallèlement à l'introduction de la tarification à l'activité, de nouvelles modalités de gestion dans les hôpitaux, la nouvelle gouvernance, qui implique l'ensemble de l'établissement (corps médical et administratif) dans la gestion de l'activité et de la rentabilité de la structure. En Italie, la mise en place d'un système de paiement à l'activité s'est accompagnée d'un renforcement de l'autonomie financière des établissements de santé.

Enfin, l'ensemble des pays s'accordent sur le fait que le développement du pilotage médico-économique est une conséquence et une condition de succès de la réforme, dans la mesure où le système de financement doit être au plus près de la réalité des coûts et de l'activité, nécessitant un suivi strict.

---

<sup>5</sup> 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.

### **3. CONFLITS OBSERVÉS OU POTENTIELS ENTRE LES OBJECTIFS**

Il a été demandé à chacun des correspondants des pays retenus pour le benchmark de mettre en évidence les points de conflit potentiels ou observés entre les différents objectifs de la planification sanitaire et ceux de la mise en place d'un système de paiement basé sur les DRGs.

Pour chacun des points de conflits identifiés, nos correspondants ont indiqué, le cas échéant, les stratégies mises en œuvre pour atténuer ces points de conflits, ainsi que les conséquences de ces stratégies.

Nous avons retenu ici les conflits jugés comme majeurs pour le pays ; pour chacun de ces conflits, nous présentons les méthodes de résolution ou d'atténuation des conflits utilisées.

#### **3.1. ALLEMAGNE**

Pour l'Allemagne, deux principaux points de conflits ont été identifiés.

Conflit entre d'une part « Garantir une égalité d'accès aux soins » et « Maintenir des missions d'intérêt général », et d'autre part « Limiter les dépenses de santé »

En effet, les contraintes budgétaires pourraient inciter les établissements à n'accepter que des patients « rentables », induisant ainsi un risque de sélection des patients.

Le système de planification prend en compte ce point de conflit potentiel, puisque l'inclusion d'un établissement de santé dans le plan hospitalier du *Land* implique son engagement à garantir une offre de soins pour tous les patients (*Versorgungsauftrag*).

De même, le système de financement prévoit des enveloppes complémentaires allouées aux établissements situés dans des zones isolées, afin de leur permettre de garantir une offre de soins à tous les patients (*Sicherstellungszuschlag*).

Ces dispositifs permettent ainsi d'atténuer le point de conflit, en garantissant un accès aux soins pour tous les patients.

Conflit entre « Garantir la qualité des soins » et « Garantir une équité dans l'allocation des ressources »

L'unicité du tarif DRG quelle que soit la longueur du séjour et les ressources engagées pour le patient pourrait induire un risque de réduction abusive des durées de séjour, au détriment de la qualité des soins.

Pour limiter ce risque, un système de borne haute / borne basse a été mis en place (*Grenzverweildauerregelung*).

De plus, un système de volumes minimum a été mis en place pour un certain nombre d'actes (principalement des transplantations et certains actes chirurgicaux) ; depuis 2004, ces actes sont remboursés à condition que l'établissement de santé ait respecté le volume minimum à réaliser.

Plus généralement, la qualité des soins est une préoccupation importante, et passe notamment par un reporting qualité obligatoire des établissements, avec des indicateurs portant sur des aspects médicaux et de soins. En cas d'absence de rapport, si un contrôle met en évidence des niveaux de qualité insuffisants, les caisses d'assurance maladie peuvent décider une minoration des paiements.

#### **3.2. ANGLETERRE**

Pour l'Angleterre, trois principaux points de conflit ont été identifiés.

### Conflit entre « Garantir une égalité d'accès aux soins » et « Limiter les dépenses de santé »

Afin de maîtriser leurs coûts, certains établissements ou praticiens pourraient être tentés de choisir leurs patients et de n'accepter que ceux qui sont « rentables » pour eux en fonction de leur structure de coûts propre.

L'organisation du système de santé anglais est telle que les patients ne peuvent se voir refuser l'accès aux soins : le point d'entrée dans le système (hors urgences) est le médecin généraliste, qui est payé à l'acte avec des tarifs spécifiques pour les consultations de certains patients (par exemple les diabétiques). Ils n'ont donc aucun intérêt à refuser un patient. Lorsque la pathologie du patient nécessite la consultation d'un spécialiste ou une hospitalisation, le généraliste propose au patient de choisir entre quatre établissements ; il n'y a pas à ce jour de cas relevés de patients ne parvenant pas à obtenir une consultation ou une place à l'hôpital dans un délai raisonnable.

D'autre part, afin d'améliorer l'offre de service, le gouvernement a fixé aux établissements un objectif de réduction des listes d'attente à moins de 18 semaines, objectif qui est à ce jour relativement bien respecté.

Il convient par ailleurs de préciser que la notion d'égalité d'accès aux soins a un sens particulier en Angleterre : il ne s'agit pas de garantir à tous les patients une offre de soins complète dans des établissements proches géographiquement, mais de donner accès à tous à des soins de qualité librement choisis. Pour cela, les patients peuvent demander à être remboursés des frais de déplacements occasionnés par la consultation ou l'hospitalisation dans des établissements distants. Dans les faits, cette mesure n'a pas entraîné de demandes de remboursements qui mettraient en péril l'équilibre financier de cette solution.

### Conflit entre « Garantir la qualité des soins » et « Limiter les dépenses de santé »

Les objectifs de réduction des dépenses peuvent compromettre la qualité des soins, si les établissements choisissent de réduire la durée de séjour, la qualité des équipements, etc. Ceci est d'autant plus exacerbé que les établissements sont en concurrence les uns avec les autres pour obtenir des contrats avec les PCTs.

Les PCTs sont les arbitres de ce conflit entre coûts et qualité des soins. Ils sont en effet les commanditaires des soins, et doivent donc définir des critères de qualité minimums pour les soins qu'ils demandent aux établissements de santé de réaliser.

Dans ce but, un Institut national de suivi de la qualité des soins publie des guides de bonnes pratiques pour aider les PCTs à mesurer la qualité des soins offerts à la population. Les critères de mesure de la qualité font partie des contrats passés entre établissements et PCTs ; ils sont à la libre appréciation des PCTs mais les propositions nationales comprennent des éléments sur les « résultats » des traitements dispensés (taux de ré-hospitalisation, taux de mortalité, propreté de l'établissement, etc.). Le modèle de contrat PCT / établissement, disponible sur le site Internet du Ministère de la santé, comprend également des indicateurs qualité.

Conflit entre d'une part « Maintenir des activités d'intérêt général » et d'autre part « Limiter les dépenses de santé » et « Encourager les établissements à s'adapter et à améliorer leur rentabilité »

Les activités d'intérêt général pourraient être négligées devant les injonctions de réductions des coûts et de considérations médico-économiques.

Le fait que les PCTs soient responsables de l'état de santé général des populations permet de les inciter à considérer l'intérêt des activités dites d'intérêt général : ainsi, faire de la prévention peut à terme être plus « rentable » que de soigner des pathologies lourdes et graves.

### **3.3. ITALIE**

Pour l'Italie, trois principaux points de conflit ont été identifiés.

Conflit entre d'une part « Garantir une égalité d'accès aux soins » et d'autre part « Limiter les dépenses de santé » et « Garantir une équité dans l'allocation des ressources »

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).

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.

Ce système global de régulation favorise ainsi l'optimisation de l'organisation des soins et l'amélioration de l'efficacité hospitalière.

Conflit entre d'une part « Garantir la qualité des soins » et d'autre part « Limiter les dépenses de santé », « Encourager les établissements à s'adapter et à améliorer leur rentabilité » et « Responsabiliser financièrement le management hospitalier »

Avec la réforme, le management hospitalier est davantage focalisé sur la réduction des coûts que sur la fourniture d'un haut niveau de qualité de service. Or, dans un contexte d'augmentation des salaires et des prix des fournitures (notamment pharmaceutiques), la réduction des coûts passe notamment par le recours à du personnel temporaire, la diminution du nombre de lits et de la durée moyenne de séjour, ce qui a un impact non négligeable sur la qualité des soins.

Comme le calcul des tarifs DRG prend en compte uniquement les coûts d'exploitation, des fonds supplémentaires sont alloués par les gouvernements régionaux pour permettre aux établissements d'investir dans des équipements et de rénover leurs installations, ce qui permet une amélioration de la qualité des soins.

### Conflit entre « Garantir la qualité des soins » et « Garantir une équité dans l'allocation des ressources »

Ce conflit est plutôt dû au fait que l'équité dans l'allocation des ressources n'est pas effective dans toutes les régions, et a un impact sur la qualité des soins.

Dans certaines régions, le niveau de financement dépend du degré de complexité du case-mix. Dans ces régions, la classification en DRGs est relativement simple, et le niveau de complexité des séjours n'est pas reflété par différents DRGs pour une même pathologie.

Les établissements sont classés en catégories en fonction de leur case-mix global et le taux de remboursement appliqué à toute leur activité dépend de leur catégorie.

Par exemple, en Sicile, les établissements sont classés en catégories de A à F et le taux de remboursement de l'activité varie de 100 % pour les catégories A à 87,5 % pour les catégories F. Un établissement public autonome est généralement classé de A à C, un hôpital public local de C à E et les établissements privés en F.

Ainsi, les écarts se creusent entre des établissements hautement spécialisés qui sont financés à 100 % même pour les cas simples qu'ils traitent tandis que des établissements de classe F ne sont financés qu'à 87,5 % même pour les cas les plus complexes ; ce qui peut avoir à terme un impact sur la qualité des soins dispensés dans les établissements les moins bien classés.

## **3.4. ANALYSE ET SYNTHÈSE**

Cette analyse des points de conflits potentiels ou constatés dans les pays étrangers met en évidence deux préoccupations majeures communes à l'ensemble des pays étudiés, dans un contexte de réduction des coûts et de recherche d'efficacité au niveau de chaque établissement : le maintien d'une égalité d'accès aux soins et le maintien d'un haut niveau de qualité des soins.

Ces préoccupations ont donné lieu, dans certains des pays étudiés, à des politiques gouvernementales ou à des stratégies d'acteurs visant à réduire les risques de remise en cause des objectifs majeurs de la planification.

Dans la mesure où la France est confrontée à ces conflits potentiels, il paraît intéressant de se demander si de telles stratégies pourraient être mises en œuvre en France.

### 1. Comment optimiser l'organisation de l'offre de soins et maintenir une égalité de l'accès aux soins tout en maîtrisant les dépenses ?

Par « optimiser l'organisation de l'offre de soins », on entend ici trouver la juste organisation des soins qui permette d'offrir à toute la population des soins adaptés (dans le sens où il n'est pas forcément nécessaire de proposer tous les soins à toute la population), de qualité et accessible à une distance raisonnable.

La notion d'égalité d'accès aux soins peut recouvrir deux aspects : l'accès à des soins à une distance raisonnable et l'intégration de tous dans le système de santé.

#### ✓ L'accès à des soins à une distance raisonnable

L'Angleterre distingue deux types de soins : l'offre de soins d'urgence, nécessairement proche des patients, et l'offre non urgente, dont la répartition sur le territoire répond à des critères de marché et non de répartition géographique.

En effet, l'Angleterre entend privilégier l'accès de tous à des soins de haute qualité, plutôt que des soins locaux réalisés par des praticiens moins compétents ou avec moins d'expérience. C'est pourquoi le gouvernement et le NHS promeuvent la création de « Centres d'Excellence », laissant les établissements choisir les domaines où il est le plus intéressant pour eux de se spécialiser. C'est la loi du marché qui dicte l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Après plusieurs années sans

intervention, le gouvernement propose aujourd'hui la création d'un nouveau statut d'établissements, les polycliniques, qui ont pour but de compléter l'offre de soins.

L'Italie est un modèle intéressant de régulation globale de l'offre de soins dans un contexte de réduction des dépenses. Pour les « petits » hôpitaux publics, la stratégie choisie consiste à éviter la fermeture totale en se concentrant sur des activités rentables au risque de fournir une offre incomplète. La couverture de l'ensemble des besoins de santé est garantie par la pleine exploitation des possibilités offertes par la contractualisation entre les unités sanitaires locales et les établissements privés, dont l'offre de services doit répondre à des critères précis.

Enfin, en Allemagne, l'allocation pour soins en milieu isolé est un contre-exemple intéressant qui montre que la priorité donnée au maintien d'activités de proximité a un coût non négligeable.

Ces différents systèmes de régulation de l'offre de soins sont des pistes qui pourraient avoir du sens en France, où les conditions sont réunies pour mettre en œuvre de tels systèmes s'ils s'avèrent apporter des améliorations en France. D'une part, il existe déjà des contrats entre les cliniques et les ARH ; ces dernières pourraient donc exercer une action « contraignantes » sur les établissements privés. D'autre part, la notion de « centres d'excellence », peut se rapprocher de la mise en place, dans le cadre du Plan National Maladies Rares 2004-2008, de « centres de référence des maladies rares », qui sont des centres d'expertise, disposant de compétences pluridisciplinaires hospitalières et hautement spécialisées ayant structuré la prise en charge d'une ou de plusieurs maladies rares en lien avec les associations de malades ; cependant cette initiative se limite aujourd'hui en France à la prise en charge des maladies rares.

#### ✓ L'intégration de tous dans le système de santé

Dans le système anglais, une attention particulière est portée à ce que tous les patients aient bien accès aux 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 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 France, la mise en place du « médecin traitant » va également dans ce sens : le médecin traitant a pour vocation d'être un accès unique au système de soins hors urgence et hors accès à certaines spécialités ciblées, de jouer un rôle d'orientation des patients vers les praticiens adéquats.

## 2. Comment garantir la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses ?

La recherche d'une qualité de soins à moindres coûts est un élément essentiel du système anglais. De nombreux mécanismes visent à sans cesse améliorer la qualité, tout en garantissant un encadrement des coûts :

- ✓ Les innovations sont privilégiées, notamment par le biais de primes sur les publications.
- ✓ Lorsqu'une innovation se révèle pertinente 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.
- ✓ Les contrats qui lient les établissements à leur tutelle comportent des clauses strictes sur le pan de la qualité, afin de ne pas laisser la « course » à la réalisation d'une activité à moindre coût avoir un impact négatif sur la qualité.
- ✓ Les acteurs, notamment les tutelles, sont sensibilisés au coût de la non-qualité : étant donné que les commanditaires sont responsables de l'état de santé de toute la population, fournir des soins de moindre qualité peut avoir un impact à terme et restera à la charge du

commanditaire (à noter que le système italien confère la même responsabilité globale aux unités sanitaires locales).

Enfin, certaines SHAs testent actuellement un système de Payment for Quality (PfQ) 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.

En Allemagne, le système de volumes minimum 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), 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).

Ces exemples étrangers sont autant de solutions possibles pour garantir un niveau de qualité des soins. En France, différentes pistes ont déjà été évoquées et pour parties mises en œuvre.

La notion de « seuils d'activité », définis par l'INCa pour les activités de cancérologie, ou la possibilité de mettre en place de tels seuils pour l'activité de chirurgie, créent « mécaniquement » un partage de l'activité entre des établissements de pointe, qui garantissent un niveau fort d'activité, et des établissements qui sont contraints d'abandonner une part de leur activité faute de pratique suffisante.

En revanche, les notions de pilotage qualité et de régulation sont aujourd'hui déconnectées, confiées à des acteurs indépendants qui ne prennent pas en compte les conclusions de l'autre – ainsi, la planification sanitaire réalisée par les ARH ne s'appuie pas sur les rapports d'accréditation de l'HAS. Une piste d'évolution possible serait la révision des interactions entre l'HAS et les autorités régionales.



## 4. CONFLITS OBSERVÉS ENTRE LES PROCESSUS ET LES SOLUTIONS ENVISAGÉES

Selon la même logique que l'analyse des conflits entre les objectifs, il a été demandé à chacun des correspondants des pays retenus pour le benchmark de mettre en évidence les points de conflit potentiels ou observés entre les différents processus de la planification sanitaire et ceux de la régulation financière des établissements de santé, à travers des exemples.

Pour chacun des points de conflits identifiés, nos correspondants ont indiqué, le cas échéant, les stratégies mises en œuvre pour atténuer ces points de conflits, ainsi que les conséquences de ces stratégies.

Nous avons retenu ici les conflits jugés comme majeurs pour le pays ; pour chacun de ces conflits, nous présentons les méthodes de résolution ou d'atténuation des conflits utilisées.

### 4.1. ALLEMAGNE

Pour l'Allemagne, les points de conflit suivants ont été identifiés.

Conflit entre « Validation des investissements » et « Allocation des ressources »

Les gouvernements des *Länder* valident les projets d'investissement et peuvent imposer des investissements aux établissements. Cependant, ils ne financent que les investissements nécessaires. Jusqu'ici, les investissements non financés par les *Länder* étaient généralement pris en charge par les communes pour les établissements qu'elles gèrent. Or les communes n'ont plus les moyens d'investir. On constate par conséquent un gel des investissements qui risque de conduire à une obsolescence des infrastructures.

Conflit entre « Contractualisation » et « Allocation des ressources »

Les contrats annuels entre les établissements et les caisses d'assurance maladie sont strictement respectés, quels que soient les changements dans l'environnement interne ou externe de l'établissement (recrutement d'un nouveau spécialiste, demande renforcée pour une activité...). De plus, les contrats sont souvent signés avec du retard (parfois en fin d'année N pour l'année N) sans prise en compte de l'activité déjà réalisée. Par conséquent, les établissements n'ont pas la possibilité d'orienter leur activité en cohérence avec les objectifs fixés.

### 4.2. ANGLETERRE

Pour l'Angleterre, deux principaux points de conflit ont été identifiés.

Conflit entre « Évaluation des besoins de santé » et « Définition du budget national dédié à la santé »

Le budget national est contraint et plafonné, sans relation avec les besoins de santé qui eux augmentent continuellement.

Les autorités nationales ont fixé des objectifs stricts de réduction des coûts de la santé, afin de pouvoir, pour un même budget, proposer une offre de santé plus importante. Ces économies sont réalisées grâce à l'amélioration de l'efficacité médico-économique.

Comme décrit précédemment, les médecins sont incités à travailler sur des protocoles et des traitements moins coûteux. Lorsqu'une nouvelle méthode a été développée, testée dans un établissement et qu'il a été vérifié que le niveau de qualité offert au patient n'en était pas altéré, la réduction du coût de prise en charge est impactée sur les tarifs nationaux, qui sont réduits d'autant afin d'inciter tous les établissements à fonctionner de la même manière.

### Conflit entre « Contractualisation » et « Définition des tarifs des DRGs »

Les coûts de réalisation des soins dépendent en partie de facteurs locaux :

- ✓ d'une part si certains coûts de production sont particulièrement élevés dans une région (coûts salariaux, coûts des bâtiments, etc.)
- ✓ d'autre part dans le cas de figure où des établissements proposent des techniques innovantes ou hautement spécialisées, qui ne sont pas reflétées dans les tarifs mais que le PCT estime importantes en termes d'offre de santé publique.

Dans les deux cas, l'établissement peut être efficient dans son organisation sans pour autant parvenir à être rentable par rapport aux tarifs nationaux.

Afin de conserver une offre de santé sur tout le territoire et promouvoir des soins innovants, les PCTs peuvent accorder des aides particulières aux établissements se trouvant dans les cas de figure décrits ci-dessus, sous la forme de Service Level Agreement (accord sur le niveau de service), pris sur le budget du PCT.

## **4.3. ITALIE**

Pour l'Italie, les points de conflit suivants ont été identifiés.

### Conflit entre « Élaboration d'un plan et répartition de l'offre de soins » et « Pilotage médico-économique »

L'élaboration des plans sanitaires au niveau régional ne prend pas en compte la situation des établissements en termes d'efficacité médico-économique.

En effet, les plans sanitaires sont construits à partir d'une analyse des besoins de santé de la population et de l'offre de soins existante, sans prise en compte de la capacité des établissements à respecter leurs engagements dans le budget qui leur est alloué.

### Conflit entre d'une part « Contractualisation » et d'autre part « Allocation des ressources » et « Audit et contrôle de l'activité DRG »

Dans le cadre de la contractualisation, la traduction des objectifs individuels d'activité en budget de l'établissement sur la base du reporting de l'activité DRG ne reflète pas la réalité des coûts, dans la mesure où le système de DRG est considéré comme mal adapté pour le financement de certaines activités (comme la pédiatrie ou l'oncologie).

Par conséquent, les autorités régionales ont mis en place un système de financement spécifique pour certaines activités, à partir d'un reporting précis des ressources engagées par les établissements.

Le Ministère de la santé envisage également d'introduire des systèmes tels que les APR-DRGs (All Patient Refined DRGs) et le « Disease Staging ».

#### ✓ Les APR-DRGs

L'enjeu des APR-DRG est d'élargir le périmètre des DRGs, de manière à ce que chaque APR-DRG constitue un groupe homogène de patients ajusté sur deux facteurs : le niveau de gravité et le risque de mortalité.

#### ✓ Le « Disease Staging »

Il s'agit d'un système de classification qui utilise les éléments du diagnostic détaillé (motif d'admission, localisation, cause et gravité du problème de santé, pathologies associées, résultats d'examen clinique, résultats de radiologie et de laboratoire, comptes rendus, recours à des unités de soins spécialisées ou à des procédures opératoires) pour construire des groupes de patients qui nécessitent un traitement similaire et dont l'issue est potentiellement la même. Dans un système de financement, le « Disease Staging » permet de distinguer les variations d'utilisation des ressources (longueur de séjour, coûts...) liées aux caractéristiques du patient de celles liées à la pratique médicale et à l'efficacité de l'organisation.

#### 4.4. ANALYSE ET SYNTHÈSE

Comme pour l'analyse des conflits entre objectifs, il nous paraît intéressant de se demander si les stratégies mises en œuvre, dans certains pays étudiés, pour réduire les conflits entre processus, pourraient être dupliquées en France.

##### 1. Quelle utilisation des contrats entre les établissements et leurs tutelles ?

L'analyse des conflits entre les processus de contractualisation et d'allocation des ressources met en évidence deux types de situations en fonction de la primauté accordée aux objectifs et engagements spécifiés dans les contrats.

- ✓ 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.
- ✓ 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.

En France, étant donné que le dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) n'est pas encore pleinement mis en œuvre (pas de sanctions en cas de dépassement ou de non atteinte des objectifs), la question de l'évolution possible de l'utilisation des contrats entre les établissements se pose.

##### 2. Quel niveau de décision pour la répartition du budget santé et la fixation des tarifs ?

L'analyse des conflits entre les processus d'évaluation des besoins et d'allocation des ressources met en évidence plusieurs modèles.

En ce qui concerne la répartition du budget santé entre les différents secteurs (hospitalier, soins de ville...), on rencontre 3 modèles :

- ✓ En France, un modèle très centralisé : la répartition entre secteurs se fait au niveau national ;
- ✓ En Allemagne, un modèle fédéral : la répartition se fait au niveau de chaque *Land* par les caisses d'assurance maladie ;
- ✓ En Angleterre et en Italie, un modèle très décentralisé : la répartition se fait au niveau local, puisque les autorités sanitaires locales sont en charge de toute l'offre de soins (soins de ville, soins hospitaliers, soins de réhabilitation, prévention, etc.) et répartissent leur budget entre ces différents secteurs.

Le modèle décentralisé présente l'avantage de responsabiliser les acteurs par rapport à leur territoire de santé et de favoriser l'adéquation des budgets aux spécificités locales de l'offre de soins (par exemple, arbitrage entre les besoins de prévention et de soins).

En ce qui concerne la fixation des tarifs, on rencontre deux modèles :

- ✓ En France et en Angleterre, un modèle centralisé ;
- ✓ En Allemagne et en Italie, un modèle « régional ».

L'Italie peut constituer un exemple intéressant pour la France, dans un contexte actuel de renforcement de la décentralisation (des décisions et des moyens). Or l'Italie a justement évolué d'un tarif national à des tarifs régionaux, dans le cadre d'un mouvement politique global de décentralisation.

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

Il présente cependant plusieurs inconvénients. D'une part il rend difficile la comparaison de l'efficacité entre des établissements de régions différentes. D'autre part, 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).

Cette question des inégalités régionales de santé est particulièrement visible en Italie.

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). 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.

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.

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.

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.

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 année.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Source : Revue « Etudes 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

## 5. CONFLITS POTENTIELS DANS LE RÔLE DES ACTEURS CLÉS

L'analyse des éventuels points de conflits auxquels peut être confronté un même acteur (en particulier les acteurs décisionnaires sur les deux démarches : planification sanitaire et régulation financière) se révèle très dépendante de la spécificité de chaque système de santé ; il n'est pas possible de transposer à un autre pays les situations de conflit constatées dans un pays donné.

Nous présentons donc ici succinctement les principaux conflits auxquels sont confrontés les acteurs de chacun des pays étudiés.

### 5.1. ALLEMAGNE

#### Les Länder et la question du financement dual

Selon le principe du financement dual, les *Länder* approuvent et financent les projets d'investissement hospitalier, à condition que ceux-ci soient nécessaires. Or, la capacité d'investissement des *Länder* est limitée et varie fortement d'une région à l'autre. Par conséquent, il existe un risque que les *Länder* renvoient à la baisse les besoins d'investissement puisqu'ils ne sont pas capables de les financer, avec pour conséquence une obsolescence des infrastructures.

Un débat a lieu actuellement en Allemagne sur la nécessité de passer d'un financement dual à un financement unique (« *monistisches System* ») par les Caisses d'assurance maladie qui prendrait en charge à la fois les dépenses courantes et les investissements, sur la base des DRGs.

### 5.2. ANGLETERRE

Deux acteurs ont un rôle potentiellement conflictuel en raison de leur positionnement sur le plan du financement et de la planification :

Au niveau national, le Ministère de la Santé est en charge à la fois de la définition des priorités nationales imposées aux établissements et de la définition du budget alloué à la santé et des tarifs des DRGs. Ces rôles sont réalisés par des directions différentes qui ne confrontent pas forcément leurs informations et exigences.

Afin de réunir les deux logiques, la solution envisagée est que les tarifs ne soient désormais plus calculés uniquement par rapport à la moyenne des coûts observés, mais également pondérés en fonction des priorités de santé publique nationales.

Au niveau local, les PCTs ont à la fois un rôle de commanditaires et de fournisseurs de soins (pour les soins de ville et consultations principalement). Ils ont donc la double responsabilité d'évaluer les besoins et de définir les contrats ainsi que les enveloppes complémentaires accordées.

Il est envisagé au niveau national d'imposer une séparation des deux fonctions et d'externaliser l'aspect fournisseurs de soins à une structure différente de la commande de soins.

### 5.3. ITALIE

#### Les fonctions des autorités sanitaires régionales

Du point de vue de la planification sanitaire, les autorités sanitaires régionales définissent les plans sanitaires régionaux, organisent l'offre de soins et autorisent les activités.

Du point de vue du financement des établissements, elles définissent les tarifs DRG et le montant des enveloppes complémentaires.

Or, il existe un décalage entre les budgets alloués aux établissements et les services qu'on leur demande de fournir. Les unités sanitaires locales doivent régulièrement négocier des rallonges budgétaires simplement pour pouvoir fournir les soins minimum « garantis ».

La seule solution réside, pour les établissements, dans la recherche d'efficacité.

#### La dualité du rôle des unités sanitaires locales

Les unités sanitaires locales sont à la fois des fournisseurs de soins publics et des autorités régulatrices vis-à-vis des établissements privés. Cette dualité peut conduire à des inégalités de traitement entre les hôpitaux publics et les établissements privés. Ainsi, comme les unités sanitaires locales doivent répartir leur budget entre leurs hôpitaux et les établissements privés accrédités, les budgets de ces derniers pourraient être sous-estimés par rapport aux services à fournir. De même, il n'y a pas de garantie que les critères d'évaluation de la qualité ou de l'efficacité définis par les unités sanitaires locales soient identiques pour les établissements publics et privés.

Une des solutions envisagées est de transférer certaines compétences aux gouvernements régionaux.

### **5.4. SYNTHÈSE ET SOLUTIONS ENVISAGÉES**

Globalement, l'évolution constatée est celle d'une décentralisation du niveau de responsabilité au plus proche du terrain.

- ✓ En Allemagne, la responsabilité de la planification sanitaire est en cours de transfert du *Land* vers les autorités locales.
- ✓ En Italie et en Angleterre, le rôle du commanditaire local se réduit au profit d'une responsabilité accrue des établissements : en Italie, la mise en place d'une tarification à l'activité s'est accompagnée d'un renforcement de l'autonomie financière des établissements (création du statut d'hôpital public autonome et responsabilité financière des hôpitaux publics sous le contrôle des unités sanitaires locales) ; en Angleterre, le statut de *Foundation trust* a été créé.

En France, l'échelon du territoire de santé est aujourd'hui reconnu comme niveau pertinent de l'analyse des besoins de santé et de la réflexion sur l'organisation de l'offre de soins, avec l'élaboration de projets de territoire. Le développement de cet échelon pourrait être envisagé mais pose la question de sa faisabilité administrative.

Une autre évolution envisagée en France consiste à mettre en place des Agences Régionales de Santé (ARS), qui regrouperaient l'ensemble des acteurs concernés par des problématiques sanitaires au niveau régional (notamment ARH, DRASS et GRSP) afin de remédier à la dispersion actuelle des responsabilités entre l'offre de soins, la santé publique, etc. Ces ARS seraient en quelque sorte, à un niveau régional, l'équivalent des PCTs anglais et des unités sanitaires locales italiennes.

## 6. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Nos correspondants ont mis en évidence les principales forces et faiblesses des systèmes de financement à l'activité mis en œuvre dans leur pays.

Un certain nombre de forces et faiblesses évoquées sont inhérentes au système même de financement à l'activité.

### Forces :

- ✓ Un système de financement à l'activité permet d'attribuer un même niveau de rémunération pour une même performance.
- ✓ Il incite à la recherche d'efficience, les établissements ayant peu de marge de manœuvre sur leur niveau d'activité et devant donc trouver des gisements de productivité dans leur organisation.
- ✓ Pour de nombreux pays, confrontés à l'augmentation des besoins de santé, il est une des seules solutions permettant, à terme, de maintenir la gratuité du système de santé.

### Faiblesses :

- ✓ Les tarifs n'intégrant pas de systèmes de majoration/minoration en fonction d'un niveau de qualité des soins, des dispositifs contractuels complémentaires doivent être mis en place pour garantir un bon niveau de qualité.
- ✓ En l'absence d'outils de comptabilité analytique suffisamment développés, les tarifs de certains DRG reflètent insuffisamment les coûts engagés pour fournir certaines activités, rendant nécessaires des financements complémentaires ; seule l'Angleterre semble avoir mis en place un système de comptabilité analytique suffisamment développé pour permettre une corrélation suffisamment importante entre tarifs et coûts pour ne pas exiger des modalités de financement complémentaires.

D'autres faiblesses évoquées sont plus spécifiques aux pays étudiés. Ainsi, en Allemagne et en Italie, le caractère régional des tarifs rend difficiles les comparaisons nationales et tend à renforcer les inégalités régionales.

Par ailleurs, nous avons présenté plus haut une analyse comparée des principaux conflits entre un système de financement à l'activité et un système d'offre de soins planifiée, à la fois dans leurs objectifs et dans les processus qu'ils mettent en œuvre.

Les solutions appliquées dans les différents pays étudiés sont autant de pistes à explorer en ce qui concerne les évolutions envisageables du système de santé français, dans le contexte du passage récent à un fonctionnement 100 % T2A.

Nous vous proposons ici de rappeler les solutions les plus intéressantes, telles que nous les avons exposées plus haut, et d'étudier la faisabilité de leur transposition au contexte français.

### Un calcul des tarifs basé sur l'ensemble des établissements du pays (Angleterre)

En Angleterre, 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.

Cependant, l'Angleterre se pose actuellement la question d'introduire un élément « politique » dans les tarifs pour mieux mettre en avant certaines priorités de développement des soins.

La transposition d'une telle méthode à la France nécessite au préalable un arbitrage sur les objectifs des tarifs : doivent-ils refléter au plus près les coûts ou plutôt permettre la mise en œuvre de politiques ? S'ils doivent refléter au plus près les coûts, le faible développement actuel de la comptabilité analytique hospitalière, ainsi que son manque d'homogénéité entre les établissements ne le permet pas. De plus, en liant les tarifs aux coûts, il existe un risque que les établissements ne soient pas incités à réduire le coût des moyens et ressources utilisés pour la production de soins.

#### Des protocoles de soins qui garantissent un niveau de qualité optimal à moindre coût (Angleterre)

En Angleterre, 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.

Un tel système est doublement intéressant pour les établissements puisqu'il incite les établissements à la fois à maintenir un niveau de qualité suffisant et de réduire leurs coûts, sur la base d'expériences prouvées sur le terrain.

En France, la transposition d'un tel dispositif pourrait être mise à l'étude : Des établissements pilotes pourraient « tester » des protocoles visant à optimiser le rapport qualité / coût. L'ensemble de la démarche devant être encadrée et pilotée par une autorité indépendante.

#### Une utilisation du contrat établissement / tutelle comme véritable outil de pilotage de l'efficience médico-économique (Allemagne, Angleterre, Italie)

En Allemagne et en Italie, comme les ressources sont allouées dans le cadre de négociations budgétaires sur la base de prévisions d'activité, les contrats prévoient des objectifs précis en termes de volumes d'activité ; en Angleterre, les contrats sont un véritable outil d'encadrement du niveau de qualité des soins.

En France, les contrats sont aujourd'hui relativement peu contraignants (notamment sur les OQOS, puisqu'aucune sanction n'est appliquée). On pourrait envisager que les contrats encadrent davantage le niveau d'activité et de qualité des établissements et définissent des objectifs suivis par les ARH dans le cadre du pilotage médico-économique des établissements.

L'IGAS et l'IGF, dans leur rapport d'audit de modernisation sur « les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières »<sup>7</sup> préconisent d'ailleurs l'utilisation, par les ARH, de l'outil contractuel (CPOM) pour fixer des objectifs de performance aux établissements et évaluer leur efficience médico-économique.

#### Les établissements privés comme variable d'ajustement pour couvrir les besoins de santé d'un territoire (Italie)

En Italie, 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.

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 « *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* » Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher, avril 2008. On pourrait notamment envisager que les ARH mettent en place des contrats spécifiques avec les cliniques privées pour leur faire appliquer un niveau de tarification « service public » pour les activités

---

<sup>7</sup> 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



spécifiques pour lesquelles elles sont en monopole dans leurs zones de recrutement. Ainsi, selon les principes du statut de PSPH, les cliniques seraient encadrées sur certaines de leurs activités.

#### Une incitation au développement de « centres d'excellence » (Angleterre)

En Angleterre, les établissements sont libres de se spécialiser dans des domaines les plus « rentables » pour eux, conduisant au développement de « Centres d'Excellence ».

De tels établissements peuvent être relativement controversés : dans des centres d'excellence, des soins de très haute qualité peuvent être dispensés, des équipements techniques de pointe peuvent être acquis et rentabilisés grâce à une fréquentation importante. En revanche, cette concentration des soins comprend également des inconvénients, si la logique est « poussée » à son maximum et qu'un nombre réduit d'établissements dispensent les soins sur le territoire : les soins sont éloignés du patient, et la gestion de l'urgence de proximité dans les établissements qui ne sont pas centre d'excellence est réalisée par des praticiens ayant moins d'expérience et disposant de matériel de moins haut niveau.

En France, la création de tels centres d'excellence pourraient être une conséquence logique du principe, poussé à l'extrême, des quotas de cancérologie ou des futurs quotas de chirurgie, avec un curseur placé assez haut. Par ailleurs, des centres d'excellence pourraient également être créés, par une volonté politique, pour la prise en charge de certaines pathologies, sur le modèle des « centres de référence pour les maladies rares ».

#### Le renforcement du poids du niveau local en matière de gestion de l'offre hospitalière et d'encadrement financier (Angleterre, Italie)

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. 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.

En France, le mouvement actuel de création des Agences Régionales de Santé (ARS) et l'émergence d'un niveau local sous la forme des territoires de santé sont une première étape vers une intégration des logiques et une décentralisation des décisions.

#### Des fonctions de régulation et de paiement exercées par un même acteur (Angleterre, Allemagne, Italie)

Dans les trois pays étudiés, 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 du « commanditaire » en Angleterre, 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.

## 7. ANNEXES

### 7.1. FICHE PAYS ALLEMAGNE

#### Documents en référence :

- ✓ « Healthcare Systems in Transition, Germany », publié par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2005 (version en allemand). Une version en anglais est disponible pour l'année 2004.
- ✓ Site Internet : <http://www.die-gesundheitsreform.de>
- ✓ Réseau santé PwC

#### 7.1.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ALLEMAND

##### 7.1.1.1. PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES

Le système de santé allemand présente deux caractéristiques majeures :

- ✓ Une forte décentralisation des décisions, au niveau de chaque *Land*, du fait de la structure fédérale de l'Allemagne ; dans chaque *Land* il existe un gouvernement et un parlement.
- ✓ Le principe de l'autogestion : l'autogestion est l'un des trois principes fondamentaux du système de santé allemand ; les partenaires de l'autogestion (essentiellement les assurances et la fédération allemande des hôpitaux, en lien avec le Ministère Fédéral de la Santé) sont très fortement impliqués à la fois dans la négociation des réformes et dans la gestion courante du système de santé.

##### 7.1.1.2. LES PRINCIPAUX ACTEURS

#### **Le niveau fédéral**

Le niveau fédéral est chargé de toutes les questions relatives à l'accès aux soins, l'assurance maladie, la régulation et le financement de l'offre de soins.

Il existe un ministère fédéral de la santé et de la sécurité sociale, dont le rôle est principalement d'impulser des réformes à soumettre au vote du *Bundestag* (Assemblée nationale) et du *Bundesrat* (Sénat, constitué de représentants des *Länder* en fonction de la population de chaque *Land*).

#### **Les Länder**

Les Länder sont responsables du maintien de l'infrastructure hospitalière, à travers la planification hospitalière et le financement des investissements hospitaliers.

Chaque *Land* a sa propre organisation en ce qui concerne la santé. Aucun *Land* ne dispose d'un ministère de la santé ; la plupart du temps, la santé est intégrée à un ministère chargé des affaires sociales.

Les compétences des Länder en matière de santé sont principalement :

- ✓ La santé publique et la prévention
- ✓ La supervision des professionnels de santé et de leurs institutions
- ✓ La planification hospitalière
- ✓ Le financement des investissements hospitaliers.

#### **Les partenaires de l'autogestion**

Les principaux acteurs sont :

- ✓ La fédération allemande des hôpitaux (*Deutsche Krankenhausgesellschaft*) : 1 représentation dans chacun des 16 *Länder*.
- ✓ Les caisses d'assurance maladie (*Krankenkassen*) : il s'agit d'organisations à but non lucratif organisées au niveau régional et fédéral ; il en existait 292 en 2004, couvrant environ 72 millions d'assurés sociaux :
  - ✓ 37 % des assurés sociaux sont couverts par l'une des 17 caisses régionales (*Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK*)
  - ✓ 33 % par l'une des 10 caisses « substitut » (*Ersatzkassen - EK*), ouvertes aux employés et aux ouvriers ;
  - ✓ 21% par l'une des 229 caisses gérées par les employeurs (*Betriebskrankenkassen - BKK*)
  - ✓ 6 % par l'une des 20 caisses corporatistes (*Innungskrankenkassen - IKK*)
  - ✓ Il existe également des caisses spécifiques pour les agriculteurs (14), les mineurs (1) et les marins (1), qui représentent 4 % de la population.

Les caisses d'assurance maladie perçoivent, de par la loi, une contribution financière de leurs membres. Elles négocient les prix, les volumes et les niveaux de qualité avec les hôpitaux, dans le cadre de contrats individuels.

Il existe également des instances communes (*Gemeinsame Selbstverwaltung*)

- ✓ L'Institut national pour le Financement des Établissements de Santé (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*) ; il s'agit d'une entité indépendante, gérée conjointement par des représentants fédéraux des caisses d'assurance maladie et la Fédération allemande des hôpitaux, créé en 2001 pour adapter et faire évoluer la nomenclature des G-DRGs au niveau fédéral.
- ✓ Le comité commun fédéral (*Gemeinsamer Bundesausschuss*), créé en 2004 à partir du regroupement de plusieurs comités et composée de représentants fédéraux des caisses d'assurance maladie et de représentants des producteurs de soins (fédération des médecins, fédération des dentistes et Fédération allemande des hôpitaux) : il élabore des directives qui entrent en vigueur après approbation du ministère fédéral de la santé.

### **Les établissements de santé**

Il existe 3 types d'établissements de santé :

- ✓ Publics : 53,1 % des lits en 2003
- ✓ Associatifs : 37,5 % des lits
- ✓ Privés : 9,4 % des lits

La part des établissements privés est passée de 3,7 % en 1990 à 9,4 % en 2003, ce qui est principalement dû au rachat d'établissements publics de santé, en particulier dans les « nouveaux » *Länder*.

## **7.1.2. LE SYSTÈME DE PLANIFICATION SANITAIRE**

### **7.1.2.1. BREF HISTORIQUE**

Depuis la Loi de financement des établissements de santé (*Krankenhausfinanzierungsgesetz*) de 1972, qui introduit le système du « financement dual » (les investissements étant financés par les *Länder* et les dépenses courantes par les caisses d'assurance maladie), l'offre de service du secteur hospitalier est régulée

- ✓ d'une part par les plans hospitaliers (*Krankenhausplanung*) 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

À partir de 1989, les caisses d'assurance maladie ont également le droit de contractualiser avec les établissements de santé non intégrés à un plan hospitalier.

Historiquement, les secteurs hospitaliers et ambulatoires étaient strictement séparés : les établissements de santé n'étaient pas autorisés à réaliser des actes ambulatoires, dont les fédérations de professionnels de santé médicaux (médecins et dentistes) avaient le monopole. Depuis 2004, les établissements de santé sont autorisés à pratiquer des actes ambulatoires pour des activités très spécialisées. Avec la réforme d'avril 2007, les établissements de santé peuvent également pratiquer des actes ambulatoires pour des patients atteints de maladies graves (cancer, sida, mucoviscidose...).

De plus, les coopérations entre acteurs (entre établissements ou entre établissements et professionnels de santé - notion d'offre intégrée : *Integrierte Versorgung*) ont été favorisées à partir de 1993, afin de remédier à la stricte sectorisation de l'offre de soins. Depuis 2000, les coopérations sont incitées par des financements dédiés : les caisses d'assurance maladie peuvent déduire 1 % de leurs financements aux médecins du secteur ambulatoire en faveur de projets de coopération. Des contrats de « soins intégrés » sont conclus entre les caisses d'assurance maladie et des groupes de prestataires de soins (établissements de santé, médecins du secteur ambulatoire...).

En avril 2007, une nouvelle réforme renforce encore le maillage et la coopération entre acteurs, en favorisant les projets en accord avec les besoins de santé des territoires et des populations.

#### 7.1.2.2. SITUATION ACTUELLE

L'offre de service du secteur hospitalier dépend de 2 principaux facteurs : la planification hospitalière (*Krankenhausplanung*) élaborée par le gouvernement de chaque *Land* d'une part, et les négociations entre les caisses d'assurance maladie et chaque hôpital.

La loi de financement des établissements de santé (*Krankenhausfinanzierungsgesetz*) confie aux gouvernements des *Länder* la responsabilité de la planification (en termes de capacité) et de la régulation de l'offre de soins hospitaliers. Les caisses d'assurance maladie et les établissements de santé sont consultées dans le cadre de la planification mais la décision reste du ressort du *Land*.

Les critères et méthodes de planification varient fortement d'un *Land* à l'autre ; l'unité de planification peut être le nombre et le type d'institution, de services (spécialités) ou de lits ; la logique est soit celle du besoin (par zone géographique) soit celle de la performance. D'après la logique du besoin, le nombre de lits pour 100 000 habitants est calculé selon la formule « Hill-Burton ».

Plusieurs *Länder* considèrent que la capacité d'un service dans une zone donnée est suffisante lorsqu'il a un taux d'occupation inférieur ou égal à 85 %.

La plupart des plans hospitaliers sont élaborés pour une durée de 5 ans. Cependant, les établissements qui sont confrontés à une évolution de leur case-mix (nouveau service, augmentation de telle ou telle activité...) peuvent solliciter une adaptation du plan hospitalier du *Land* sur une base annuelle, à condition de prouver l'existence du besoin.

La planification sanitaire est en cours d'évolution ; en effet, les gouvernements des *Länder* vont désormais se limiter à donner des orientations (nombre de lits par activités nécessaires pour couvrir les besoins du *Land*) et c'est au niveau local que sera définie la répartition précise des lits et des activités entre les établissements de santé.

Au niveau national, 97 % des lits disponibles sont intégrés à un plan hospitalier (*Krankenhausplan*).

L'intégration d'un hôpital au plan hospitalier du *Land* signifie pour l'hôpital :

- ✓ d'une part le droit à une subvention de ses investissements par le *Land*
- ✓ d'autre part l'obligation de contractualiser avec la caisse d'assurance maladie dont il dépend (à noter que les caisses ont la possibilité d'annuler un contrat avec un hôpital dans certaines conditions mais ce droit est rarement utilisé) ; ces contrats concernent le financement des établissements

Les *Länder* financent les investissements hospitaliers ; les dépenses courantes sont prises en charge par les caisses d'assurance maladie, les assurances privées et par l'autofinancement, dans le cadre du financement à l'activité (DRG) ; c'est le principe du « financement dual ».

Pour bénéficier d'un financement de ses investissements, un établissement hospitalier doit être intégré au plan hospitalier du *Land* auquel il est rattaché. Il existe également d'autres critères de subvention, comme les priorités définies par le *Land* ou l'état du budget du *Land*. En règle générale, seuls les investissements « nécessaires » sont financés par le *Land*.

Les établissements qui ne sont pas intégrés à un plan hospitalier doivent trouver d'autres sources de financement (ce qui est également le cas pour les établissements intégrés à un plan hospitalier mais dont les investissements ne sont pas pris en charge par le *Land*).

À noter que depuis 2002, dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins, des volumes minimum ont été définis pour un certain nombre d'actes dont la liste est établie par le *Gemeinsamer Bundesausschuss* et n'est pas encore définitive ; aujourd'hui, il s'agit principalement des transplantations et de certains actes chirurgicaux.

Depuis 2004, ces actes sont remboursés à condition que l'établissement de santé ait respecté le volume minimum à réaliser.

### **7.1.3. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS**

#### 7.1.3.1. BREF HISTORIQUE

##### Le système des budgets cibles

Jusqu'en 1992, le financement des établissements de santé répondait au principe de la prise en charge totale des coûts (*Selbstkostendeckungsprinzip*) : toutes les dépenses des hôpitaux leur étaient remboursées. La rémunération était effectuée sur la base de forfaits journaliers, calculés rétrospectivement pour chaque hôpital.

En 1993, ce principe a été aboli : les hôpitaux pouvaient réaliser des profits et des pertes et des budgets fixes étaient définis pour chaque hôpital.

Les budgets étaient composés de 2 types de tarifs :

- ✓ Un forfait journalier couvrant les coûts non médicaux de l'hôpital et les coûts médicaux de chaque service (y compris les coûts de personnel et pharmaceutiques)
- ✓ Un tarif par cas (couvrant les coûts relatif au séjour d'un patient), complété par un tarif « opération » (en complément du forfait journalier), obligatoire à partir de 1996

Il s'agissait de budgets cibles établis dans le cadre de négociations entre les caisses d'assurance maladie et les établissements de santé :

- ✓ Si l'établissement réalisait exactement 100 % de l'activité projetée, aucun ajustement financier n'était nécessaire
- ✓ Si l'activité réelle était supérieure à l'activité projetée, l'établissement devait rembourser une partie de la différence de revenus entre l'activité réalisée et l'activité projetée (sur la base de 50 % du tarif par cas pour les transplantations, 75 % du tarif par cas pour les autres activités et les tarifs « opération » et 85-90 % du montant des forfaits journaliers)

- ✓ Si l'activité était inférieure à l'activité projetée, l'établissement recevait 50 % de la différence de revenus entre l'activité réalisée et l'activité projetée jusqu'en 1999, puis 40 % à partir de 2000

Ce système de budgets cibles, caractérisé par une part de paiement prospectif dans un système de budgets globaux, devait permettre d'optimiser la rentabilité globale (d'un point de vue macro-économique) des hôpitaux, en déterminant un niveau d'activité optimal pour chaque hôpital.

Cependant, à la fin des années 90, il était considéré inadéquat pour plusieurs raisons :

- ✓ L'introduction d'une part de financement à l'activité induisait un risque de sélection des patients (en limitant l'admission des cas complexes)
- ✓ La coexistence de plusieurs méthodes de paiements (forfait journalier et tarifs par cas) permettait aux établissements d'optimiser leurs revenus en jouant sur les différentes composantes du budget.

### Le paiement à l'activité

L'introduction d'un nouveau mode de financement des établissements de santé basé sur les DRGs, en janvier 2003, a été une réforme essentielle du système de santé allemand.

L'Allemagne a fait le choix de mettre en place une période de transition sur 6 ans (de 2003 à 2008 dans un premier temps, avant de porter à 2010 la date limite de convergence).

En choisissant le passage d'une période de neutralité budgétaire de la mise en place des DRGs (optionnelle en 2003 et obligatoire en 2004 pour tous les établissements) à une phase de convergence (montée en charge progressive du dispositif), le législateur a entendu garantir un temps d'apprentissage progressif aux établissements de santé. Souvent appelé « système apprenant » (Lernende System), le dispositif de financement des établissements de santé a donc été mis en place en trois temps :

1. À partir de 2003, *Budgetneutralität* : le système de paiement basé sur les DRGs a été testé sur un échantillon d'établissements volontaires (près de 50 % des hôpitaux généraux)
2. À partir de 2004, tous les hôpitaux généraux ont été contraints de faire état de leur activité sous la forme de DRGs par voie législative (hors psychiatrie et médecine psychosomatique). Leur financement n'est cependant pas encore lié à leur activité : chaque hôpital passe un accord avec les caisses d'assurance maladie sur un budget et un volume de prestations (nombre de cas par DRG), en s'appuyant sur la base des données 2003 et des tarifs 2004. Le paiement de chaque DRG est donc déduit du budget global, mais ne constitue pas encore une référence tarifaire.
3. Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, *Konvergenzphase* : une période de convergence a démarré. Elle est étalée sur 5 à 6 ans selon les cas, pendant laquelle les budgets des établissements sont progressivement liés à leur activité. Même dans le cadre du financement à l'activité, les hôpitaux continuent à négocier un budget annuel avec les caisses d'assurance maladie.

Cette période de convergence consiste à ajuster progressivement les budgets hospitaliers par rapport au tarif de base défini pour chaque région. La convergence repose en effet sur un ajustement de la valeur de référence définie pour chaque établissement à la valeur de référence définie pour chaque *Land*, cette dernière devant à terme elle-même converger nationalement.

#### 7.1.3.2. SITUATION ACTUELLE

Le système de financement mis en place en 2003 modifie en grande partie la logique de budgets historiques qui représentait jusqu'à présent la majeure partie du financement des établissements de santé.

Le système de PPS est applicable aux soins aigus en hospitalisation complète et partielle (la psychiatrie et les pathologies associées sont exclues, ainsi que certaines « institutions particulières » -

*Besondere Einrichtungen* - dont la durée moyenne des séjours est spécifique). Il repose sur une classification des pathologies, les G-DRGs, issue de la classification australienne des AR-DRGs. Les G-DRGs couvrent 100 % des ressources mobilisées par la prise en charge des patients qu'ils regroupent, ce qui signifie que l'Allemagne a fait le choix de mettre en place une tarification à l'activité plutôt qu'une tarification à la pathologie ou à l'acte.

Un calcul des coûts annuel, réalisé par des hôpitaux volontaires, permet de définir le poids relatif de chacun des G-DRGs au niveau national, sur une base annuelle. Les G-DRGs ont donc un poids relatif, et non une valeur tarifaire comme c'est le cas pour l'articulation GHM / GHS en France.

Un index régional de base est défini pour chaque *Land* en fonction de sa structure budgétaire, à partir du poids relatif national de chaque G-DRG. Un index spécifique à chaque établissement est également défini en fonction de son case-mix et sur la base du poids relatif national de chaque G-DRG. Pendant la phase de convergence, chaque établissement négocie son budget avec les caisses d'assurance maladie, sur la base d'un mix de son index spécifique et de l'index régional. À la fin de la phase de convergence, il y aura un index unique pour l'ensemble des établissements d'un même *Land*.

Par ailleurs, un certain nombre de minorations et de majorations est prévu pour tenir compte :

- ✓ des spécificités de certaines prises en charge : durée de séjour, dispositifs médicaux implantables et poches de sang, passage aux urgences, réanimation, transplantations, etc.
- ✓ de la structure de certains établissements : missions d'enseignement et de recherche, prise en compte des disparités géographiques pour les établissements en milieu rural isolé (*Sichstellungszuschlag*), missions d'intérêt général (grands brûlés, greffes, maladies tropicales), etc.
- ✓ du respect des exigences de qualité : des minorations sont appliquées si un hôpital ne fournit pas les rapports sur la qualité prévus tous les 2 ans.

Chaque établissement négocie son budget, en début d'année N, avec les Caisses d'assurance maladie auxquelles sont rattachés ses patients.

Le paiement s'effectue sur la base des déclarations mensuelles d'activité DRG.

Le respect des engagements budgétaires négociés avec les Caisses d'assurance maladie est garanti par un système de minoration du tarif DRG en cas de non atteinte ou de dépassement des objectifs d'activité. Il s'agit donc bien d'un système de paiement prospectif.

En 2007, la minoration est de 20 % du tarif en cas de non atteinte des objectifs, et de 40 % en cas de dépassement.



## 7.2. FICHE PAYS ANGLETERRE

### Documents en référence :

- ✓ Health Care Systems in Transition – United Kingdom – European Observatory on Health Care Systems, 1999
- ✓ “How the healthcare system works in England”, BBC, dernière mise à jour en 2007
- ✓ Site internet du NHS ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)) et du Ministère de la Santé anglais ([www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk))
- ✓ “Options for the Future of Payment by Results : 2008/09 to 2010/11”, Department of Health and NHS
- ✓ “The right result? Payment by Result 2003-07”, Audit Commission
- ✓ Réseau santé PwC

### Lexique :

Terme anglais	Abréviation	Traduction
Advisory Committee on Resource Allocation	ACRA	Comité Consultatif pour l'Allocation des Ressources
Area Health Authorities	AHAs	Autorités locales de santé
Commission for Health Improvement	ChIMP	Commission pour l'amélioration de la santé ( <i>agence de mesure de la qualité des soins</i> )
District General Hospitals	DGHs	Hôpitaux généraux du district
District Health Authorities	DHAs	Autorités de santé du district
General Practitioners	GPs	Médecins généralistes
Health Action Zone	HAZs	Zone d'action de santé
Health Authorities	HAs	Autorités de santé ( <i>à un niveau local</i> )
Health Improvement Programmes	HImPs	Programmes d'amélioration de la santé
Health Related Groups	HRGs	Groupes homogènes de santé ( <i>équivalent des DRGs</i> )
Market Forces Factor	MFf	Indice des forces du marché ( <i>variable d'ajustement des tarifs en fonction d'éléments locaux</i> )
National Health Service	NHS	Service National de Santé
National Institute for Clinical Excellence	NICE	Institut national pour l'excellence clinique
Payment by Result	PbR	Paiement au résultat ( <i>équivalent de financement à l'activité</i> )
Primary Care Groups	PCGs	Groupes de soins primaires
Primary Care Trusts	PCTs	Fondations de soins primaires
Resource Allocation Working Party	RAWP	Bureau d'allocation des ressources
Reference Cost Index	RCI	Indice du coût de référence

Terme anglais	Abréviation	Traduction
Regional Health Authorities	RHAs	Autorités Régionales de Santé
Strategic Health Authorities	SHAs	Autorités de Santé stratégiques

## 7.2.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ANGLAIS

### 7.2.1.1. PERSPECTIVE HISTORIQUE

Le système de santé anglais, le National Health Service (Service national de santé, NHS), a été créé en 1946, à l'issue de la guerre, dans l'objectif de répondre aux besoins urgents de santé de la population, dans une perspective de court terme : le gouvernement imaginait qu'une fois que les pathologies majeures auraient été traitées, les besoins en termes d'offre de santé diminueraient rapidement.

En 1962, la première organisation de l'offre s'est construite sur le principe d'une couverture du territoire par bassins de population : un établissement de 600 à 800 lits pour 100 000 à 150 000 habitants. Cette forme de rationalisation a perduré jusqu'à aujourd'hui, et conduit à des « monopoles » locaux.

En 1973, les trois échelons administratifs de cette première organisation sont structurés ainsi :

- ✓ Au niveau central, le ministère de la santé,
- ✓ Au niveau régional, les « Regional Health Authorities » (autorités de santé régionales) qui sont responsables de la planification,
- ✓ Au niveau local, 90 « Area Health Authorities » (autorités de santé locales), dirigées par une « Health Management Team » (équipe de gestion de la santé).

En 1979, dans l'objectif de réduire les coûts du système de santé, les échelons régionaux et locaux ont été regroupés dans des « District Health Authorities » (DHAs, autorités de santé du district, DHA), rebaptisées ensuite « Health Authorities (HAs, autorités de santé), au nombre de 192 sur le territoire en 1999.

Le gouvernement de Margaret Thatcher, à partir de 1979, a poussé les établissements à privatiser une partie de leur activité (principalement blanchisserie, restauration et nettoyage) et a mis en place un système de gestion « général » dans lequel, au niveau du district, les équipes sont responsables de la politique des soins, de la planification, et de la gestion opérationnelle, tandis qu'au niveau central, des orientations générales sont données aux districts. Ces réformes sont connues sous le nom des réformes Griffiths.

La deuxième étape de la libéralisation du système de santé anglais a eu lieu en 1991, sous la forme du « NHS and Community Care Act 1990 » (le NHS et la loi sur les soins communautaires), qui crée un « marché interne » au NHS, soit une concurrence à l'intérieur même du système de santé. L'aspect « commande de soins » est séparé de l'aspect « fourniture de soins ». La fonction « commande de soins » est dévolue aux autorités de santé (et de plus en plus financée par des fonds privés) tandis que l'offre de soins est réalisée par des « NHS trusts » (des fondations au sein du NHS) qui sont en compétitivité pour réaliser l'activité. Ce système a été utilisé tout au long des années 1990.

Les autorités de santé ont pour mission de passer d'une logique de « réponse à des besoins de santé » à celle de « maintenir et améliorer l'état de santé de la population locale », ce qui englobe donc également la notion de prévention.

Le gouvernement travailliste élu à la fin des années 1990 a mis en place une réforme importante du système de santé, en modifiant profondément ce système « libéral ».

L'une des réformes a consisté :

- Au remplacement des Health Authorities par les Primary Care Trusts (PCTs, fondations de soins primaires)
- À la réintroduction d'un échelon intermédiaire au-dessus des PCTs, les Strategic Health Authorities (SHAs, Autorités de Santé stratégiques). En Angleterre, elles étaient au nombre de 28 lors de leur création puis ce chiffre a été réduit à 10 en 2006. Elles font le lien entre le Ministère de la Santé et le NHS. Elles s'assurent notamment que les priorités de santé définies au niveau national (par exemple programmes sur le Cancer) sont bien intégrées dans les plans de santé locaux.

Les évolutions sont présentées dans le livre blanc « The new NHS : modern, dependable » (le nouveau NHS : moderne, fiable). L'objectif de ce plan est de mettre davantage l'accent sur la planification, la collaboration et les partenariats.

### 7.2.1.2. LA STRUCTURE DE L'OFFRE DE SOINS

#### Le Ministère de la Santé

Le Ministère de la Santé anglais est responsable de la politique de santé (planning global, régulation et inspection), y compris la politique de santé publique et la politique liée à l'impact de l'environnement et de l'alimentation. Le Ministre de la Santé répond de la gestion du NHS devant le Parlement.

#### Le National Health Service

Le NHS organise les soins de ville et les soins hospitaliers.

Le NHS est responsable de l'offre de soins, les relations de contrats à court terme avec les financeurs ou acheteurs de soins étant remplacés par des accords de long terme sur les services à fournir.

#### L'offre de soins publique

L'offre de soins publique est structurée en plusieurs niveaux :

- L'offre de soins primaires à laquelle les patients peuvent accéder directement : médecins généralistes, dentistes, pharmaciens, opticiens, NHS direct et centres ambulatoires du NHS. Cette offre représente environ 75 % du budget du NHS. Les médecins généralistes (General Practitioners, GPs) sont les portes d'entrée (« gatekeepers ») du système de santé anglais ; ils ont un rôle fondamental dans la régulation du système.
- L'offre de soins secondaires : les District General Hospitals (DGHs, Hôpitaux Généraux du District). Ce sont des établissements généralistes, qui offrent une vaste gamme de services. Ils représentent environ les 2/3 des établissements de soins et sont au nombre de 200 au Royaume-Uni.
- Le niveau tertiaire est constitué par des hôpitaux spécialisés, comme la neurochirurgie, les greffes, les soins des reins et certains traitements de cancérologie. Ces hôpitaux ont un recrutement régional voire plus vaste encore.
- Enfin, à l'échelon local, des établissements locaux, de petite taille, accueillent les patients que les médecins libéraux soignent eux-mêmes. Entre 1980 et 1990, ces établissements sont passés de 600 à 400, mais sont de nouveaux prisés pour offrir une plus grande proximité des soins aux patients.

En 1991, les DGHs sont devenus des fondations à but non lucratif, c'est-à-dire faisant partie du NHS mais échappant à l'autorité des HAs.

Cette « autogestion » des hôpitaux a conduit à un nouveau style de management, mêlant gouvernance médicale et financière. Des « trinômes » (médecin / cadre de santé / administratif) sont à la tête des pôles cliniques.

La réforme introduite à la fin des années 1990 par le nouveau gouvernement a conduit à des modifications du statut des hôpitaux. Les hôpitaux sont gérés par des « trusts » ou fondations de différents types :

- Les NHS trusts, qui gèrent la majorité des hôpitaux publics proposant une offre de santé spécialisée, y compris l'offre de psychiatrie. Le rôle du trust est de s'assurer que les hôpitaux fournissent des soins de qualité et ont une gestion efficiente de leur budget. Les trusts peuvent décider de d'adresser provisoirement les patients à des établissements privés en cas de listes d'attente trop longues.
- Les « Foundations Trusts » sont des hôpitaux très performants qui obtiennent le statut de « fondation », c'est-à-dire qu'ils ont le droit de se gérer eux-mêmes : gestion budgétaire, définition de l'offre de soins proposée en fonction des besoins locaux et des priorités nationales, accès à des fonds publics ou privés pour financer leurs investissements. Le gouvernement souhaite que tous les « NHS trusts » prennent le statut de « foundation trust » d'ici à 2008.

#### L'offre de soins privée

Le secteur privé est relativement réduit par rapport à l'offre du NHS. Il offre le même panel de services que le NHS (des médecins généralistes aux hôpitaux spécialisés), mais n'a pas à suivre les indications nationales et les plans de santé du gouvernement. Les établissements et praticiens ne sont pas responsables de l'état de santé de la population locale comme le sont les établissements du NHS.

Il y a environ 300 hôpitaux privés au Royaume-Uni, qui reçoivent leurs autorisations des autorités de santé locales (Health Authorities) et sont inspectés deux fois par an.

Il existe également une offre privée au sein même des établissements du NHS, où les praticiens sont autorisés à avoir une activité privée.

#### La gestion et la certification de la qualité des soins

Plusieurs organismes sont chargés de vérifier la qualité des soins dispensés.

1/ Le National Institute for Medical Excellence (NICE, institut national pour l'excellence médicale) publie des instructions et des conseils à destinations des professionnels de santé. Le NHS doit suivre ces instructions. Les établissements privés n'y sont pas contraints, mais les utilisent généralement comme des recommandations pour les guides de « meilleures pratiques ».

2/ La commission de santé (Healthcare Commission) est un organisme national qui gère le niveau de qualité des soins et publie des classements et des indicateurs. Les établissements sont classés sur une échelle de 0 à 3 étoiles en fonction :

- Du niveau des listes d'attentes et des délais d'attente
- Du nombre d'opérations annulées
- De la propreté de l'établissement
- Des taux de mortalité
- De l'équilibre financier
- Du taux de réadmission en urgence.

A l'origine, seuls les « 3 étoiles » pouvaient demander à devenir des « Foundation trusts ». Les règles sont en train de changer pour permettre à des établissements moins bien notés d'accéder à ce statut.

3/ La National Patient Safety Agency (Agence Nationale de Sécurité des Patients) étudie les incidents mettant en jeu la sécurité des patients, encourage les équipes médicales à signaler ces incidents, et a pour but de proposer des mesures préventives.

4/ Enfin, le Health Service Ombudsman (Protecteur du Citoyen pour les services de santé), indépendant du NHS et du gouvernement, mène des enquêtes suite aux plaintes déposées contre le NHS ou contre des établissements privés travaillant pour le compte du NHS.

Enfin, la fonction de « payeur » ou « commissioner » dans le système de santé comprend un aspect « qualitatif » : la commande de soins ne s'appuie pas seulement sur une notion de tarifs pratiqués mais sur une évaluation de la qualité de soins offerte par le fournisseur de soins.

## **7.2.2. LE SYSTÈME DE PLANIFICATION SANITAIRE**

### *7.2.2.1. PLANIFICATION DE L'OFFRE DE SERVICE*

#### Le niveau national

La planification n'est pas réalisée à un niveau central, mais le NHS publie chaque année une lettre d'objectifs à atteindre dans l'année (sur des thèmes comme l'amélioration de la santé publique, le développement de la qualité des services, la promotion des partenariats, etc.).

Le niveau de planification était très faible sous le gouvernement de Mme Thatcher, qui ne souhaitait pas que le gouvernement intervienne dans le domaine de la santé. On parlait à l'époque plutôt de « régulation » (voir paragraphe suivant).

Le principe de planification a été revu lors de la réforme mise en place par le gouvernement travailliste à la fin des années 1990. En 1998, le gouvernement a ainsi publié des grands objectifs pour les trois années à venir, qui donne des directives d'amélioration plus larges que celles dictées par le NHS.

À partir de 1999, le gouvernement a mis en place un plan national d'évaluation de la performance au sein du NHS selon 6 axes : amélioration de la santé, accès équitable, adéquation des soins dispensés aux besoins, efficience, ressenti des usagers, résultats en termes de santé.

Le dispositif n'implique pas d'objectifs spécifiques par type de services.

#### Le niveau régional / local

Au sein de ces directives nationales, les HAs développaient leurs propres planifications pour leur territoire de santé.

Jusqu'en 1999, cette planification prenait la forme d'une « stratégie de santé » et de plans d'achats (« purchasing plans »), pour des périodes de 5 ans.

Dans un premier temps, la réforme introduite par le gouvernement travailliste a consisté à revoir les modalités de planification.

- ✓ Depuis 1997, la planification est formulée en termes de cadres financiers et de services à fournir. Ces objectifs sont construits à la fois à partir des besoins locaux et de la traduction des directives nationales – qui prennent parfois le dessus sur les besoins locaux en raison de la forte pression exercée par le niveau national pour réaliser ces objectifs.
- ✓ Les HAs sont également en charge de construire des HImPs (Health Improvement Programmes – Programmes d'amélioration de la santé), qui intègrent un réseau d'agences de santé et sociales, ainsi que d'autres organisations telles que des établissements de santé privés, afin de réaliser les objectifs locaux.

- ✓ Les HAs doivent s'assurer qu'un niveau correct de services de santé est proposé à la population, mais la notion de « niveau correct » n'est pas définie officiellement.
- ✓ Certaines zones en difficulté sociale ont été désignées comme des Health Action Zones (HAZs, zones d'action de santé) et bénéficient de plans et financement spécifiques pour améliorer l'état de santé de la population.

Dans un deuxième temps, la réforme introduite par le gouvernement travailliste à la fin des années 1990 a renforcé le rôle donné aux « Primary Care Trusts » dans la planification de l'offre de service, qui prenaient le rôle des HAs.

Ils sont en effet désormais en charge de déterminer la quantité et le niveau de qualité des services fournis par les hôpitaux et les praticiens libéraux. Ils sont également responsables de l'amélioration globale de la santé de la population locale et doivent s'assurer que les organisations locales du NHS fonctionnent selon les directives nationales.

Le NHS a émis des principes de fonctionnement pour le « commissioning » (« commande » des soins) :

- ✓ Le « world class commissioning » qui donne des objectifs de fonctionnement aux commissioners (se positionner comme les piliers locaux du NHS, travailler en collaboration avec les acteurs locaux, faire intervenir dans les décisions les patients, prioriser les investissements, etc.).
- ✓ Le « practice-based commissioning » introduit le principe de faire participer les cliniciens à la définition des besoins du territoire dont le « commissioner » est responsable, selon l'idée suivante : les soignants, qui sont les plus proches des patients, doivent avoir un regard sur l'utilisation des ressources dans l'intérêt de leurs patients. De plus, les praticiens sont les plus à même d'agir sur l'efficacité des soins, et donc sont concernés en premier lieu par le budget : leur donner un pouvoir de contrôle à ce sujet permettra de les responsabiliser.

Les Primary Care Trusts peuvent également externaliser la réalisation de l'offre de soins à des structures privées, notamment pour la permanence des soins (nuit et week-ends) ou sur des soins pour lesquels les structures publiques ont une liste d'attente trop longue.

Enfin, les Primary Care Trusts contrôlent le financement des hôpitaux qui fonctionnent sous le statut de « Acute Trusts » (fondations de soins aigus).

#### 7.2.2.2. RÉGULATION DU MARCHÉ INTERNE DU NHS

Dans les années 1990, la compétition était considérée comme le moyen de réguler et d'améliorer l'offre par l'émulation entre les établissements.

Les garde-fous de ce système étaient l'obligation pour les autorités locales de « commander » des soins correspondant aux besoins de la population et les tarifs d'achats étaient fixés par rapport à la moyenne des coûts observés et non selon une logique de marché pure.

Le principe de régulation du marché (adéquation entre l'offre et la demande) est porté par le concept de « liste d'attente », c'est-à-dire que les établissements décalent la dispensation des soins dans le temps.

À la fin des années 1990, le nouveau gouvernement a cherché à limiter l'aspect très libéral du marché en mettant l'accent sur la mesure de la qualité et en imposant un niveau de qualité en constante amélioration. Des organisations non gouvernementales proposent de mesurer la qualité des soins dispensés ; de nombreux établissements publics et privés ont accepté de se soumettre à cet audit.

En outre, le NHS a mis en place sous le gouvernement travailliste une agence nationale (Commission for Health Improvement, Commission pour l'Amélioration de la Santé), qui doit intervenir auprès des services locaux lorsque les actions mises en place ne parviennent pas à résoudre les déficiences constatées (sous la forme d'un deuxième niveau d'audit).

### **7.2.3. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS**

#### *7.2.3.1. RÉPARTITION DU BUDGET NATIONAL*

Le montant de l'enveloppe annuelle allouée aux soins est voté au niveau national (pour l'Angleterre), puis répartie entre l'hospitalisation et les soins de ville.

Initialement, cette enveloppe était découpée en allocation annuelle révisée chaque année. Mais les réajustements portaient sur un montant mineur de l'allocation, et en raison des écarts importants qui se sont creusés entre les régions, un nouveau système a été mis en place en 1975. Ce système était régulé par le « Resource Allocation Working Party » (Bureau d'allocation des ressources), qui calculait l'enveloppe dévolue à chaque HA en fonction :

- ✓ de la population du district
- ✓ de sa répartition par âge
- ✓ de sa répartition par sexe
- ✓ des taux de morbidité constatés.

La répartition par région s'est faite jusqu'à la fin des années 1990 selon la méthode déployée en 1976. Lors de sa première utilisation, il s'était avéré que des écarts importants existaient entre les budgets historiques et les budgets cibles. Des ajustements progressifs se sont alors étalés sur 10 ans ; en 1985, la formule de répartition a été revue. Au cours de différentes études, les paramètres de calcul de la répartition de l'enveloppe ont été multipliés (prise en compte de nouveaux facteurs tels que taux d'affections longues durées, de naissances d'enfants prématurés, taux de chômage de la population et nombre de personnes âgées isolées par exemple) afin d'intégrer une vision plus précise des besoins de la population.

La répartition de l'enveloppe au sein même d'une région était à la libre appréciation de la région. La plupart des régions utilisaient une méthode similaire à celle utilisée au niveau national pour répartir l'enveloppe entre les régions, en prenant en compte les particularités locales des établissements.

Le nouveau statut des DGHs dans les années 1990 a complexifié le système, puisque l'enveloppe de financement ne devait plus être répartie seulement entre les HAs mais également auprès des fondations d'établissements. Pour les petites structures, les formules générales étaient difficiles à appliquer et le mode de répartition s'appuyait donc principalement sur la reconduction d'une enveloppe annuelle globale.

Dans le système mis en place par le nouveau gouvernement travailliste, la répartition est réalisée par le Advisory Committee on Resource Allocation (ACRA), qui revoit régulièrement les formules de calcul de la répartition, selon le principe que des populations aux besoins identiques doivent avoir accès à des ressources identiques.

Les Primary Care Trusts sont les réceptacles de la répartition de l'enveloppe nationale entre les territoires de soins. La méthode de répartition de l'enveloppe nationale aux Primary Care Trusts est la suivante :

- a. identification des besoins en fonction des données concernant la population couverte
- b. détermination de la « base actuelle », c'est-à-dire l'allocation de l'année précédente corrigée des ajustements intervenus pendant l'année en cours

- c. calcul de la « distance par rapport à la cible » : si (a) > (b), le PCT est sous doté ; si (a) < (b), le PCT est sur doté.
- d. phasage de la politique d'évolution, qui détermine le niveau d'augmentation de toutes les allocations des PCTs ainsi que la dotation supplémentaire pour les PCTs sous-dotés.

Le rattrapage est en bonne voie, et d'ici à l'année 2007-2008, aucun PCT ne devrait être à plus de 3,5 % de sa dotation adéquate.

#### 7.2.3.2. CONTRACTUALISATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS ET LES AUTORITÉS SANITAIRES

Les HAs antérieurement et aujourd'hui les Primary Care Trusts (PCTs) sont les principaux « commanditaires » de l'offre de soins. Ils estiment les besoins de la population et commandent le panel de services qui permet de répondre à ces besoins. Le système reste à budget limité.

L'offre de soins n'est donc pas extensive. Les établissements peuvent refuser de réaliser des soins que les autorités n'estiment pas nécessaires. Afin de soutenir les HAs dans leur choix des soins à produire, il a été décidé en 1995 d'associer les patients dans la détermination des besoins.

Dans le système initial, avant que les établissements ne deviennent des fondations (suite à l'évolution du statut décidé en 1991 et appliqué à tous les établissements), leur financement s'appuyait sur une contractualisation entre l'établissement et la DHA, sous trois formes :

- « Block contracts » (contrat global) : pour un montant défini à l'avance, l'établissement assure des soins à une population définie. Ces contrats ont principalement été utilisés comme une première étape pour réformer le système de santé.
- « Cost-and-volume contracts » (contrats coûts et volume) : l'établissement et le financeur s'accordent par avance sur un nombre d'actes et un montant unitaire. En cas de dépassement des objectifs initiaux, les actes supplémentaires sont payés à l'unité, en général au même prix que les actes dans le contrat. Cette formule permet de définir plus précisément les attentes en termes de qualité des soins.
- « Cost-per-case contracts » (contrats au coût unitaire) : ces contrats sont définis au niveau du patient (engagement sur la réalisation d'un acte). Ces contrats sont utilisés à la marge en complément des deux contrats précédents.

Il était attendu que les « block contracts » disparaissent petit à petit au profit des deux autres formes de contrats. Dans les faits, il s'est avéré qu'une nouvelle forme de contrats, appelés « sophisticated block contracts » (contrats globaux sophistiqués) est apparue : au sein d'un contrat global, des seuils et des plafonds d'activité sont fixés. En 1995, la contractualisation se répartissait de la manière suivante :

- 70 % de « Sophisticated block contracts »
- 25 % de « Cost-and-volume contracts »
- 5 % de « Cost-per-case contracts ».

Les grands principes qui régissent la réforme du système initiée par le nouveau gouvernement sont la mise en place d'un système de financement à l'activité et l'instauration d'un système de contractualisation à plus long terme – contrats de trois ans – tout en conservant la distinction payeurs / organismes de soins.

L'utilisation des GHM avait été introduite dès 1994 par le NHS Case Mix Office (bureau du Case Mix du NHS), dans un but purement informatif dans un premier temps. Le système anglais est construit sur les HRG (Health Related Groups). Ce système a permis de construire avec plus de précisions les coûts moyens pratiqués et donc les tarifs. D'autre part, au fur et à mesure de son implémentation, ce niveau est devenu la « maille » de la contractualisation entre les « fournisseurs » de soins et les « acheteurs ».



### 7.2.3.3. INTRODUCTION D'UN SYSTÈME DE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

En 2000, le nouveau gouvernement a pris la décision d'introduire un système de « Payment by Result » (PbR, Paiement au résultat). La tarification à l'activité a démarré en 2003, et s'étale jusqu'en 2008. L'introduction de ce système s'est faite de manière progressive tant en termes de nombre d'établissements concernés que de champ d'application. Le système sera totalement opérationnel en 2008 / 2009.

Les tarifs sont fixés par HRG, à un niveau commun pour tout le pays, à partir du recueil d'informations sur les coûts d'un certain nombre d'établissements volontaires. Des ajustements locaux sont réalisés en fonction du Market Forces Factor (MFF - Indices d'ajustement des tarifs) qui sont élaborés en fonction de paramètres (coûts de la construction, des terrains, des salaires) observés localement.

La progressivité de l'introduction s'est faite par la fixation de tarifs pour un nombre restreint de HRG dans un premier temps, puis une extension progressive à tous les HRG.

Les tarifs sont fixés en fonction des coûts observés dans tous les hôpitaux, ce qui permet de calculer un Reference Costing Index (RCI, indice de coût de référence) ajustés de l'inflation de l'année. Il s'agit donc d'un coût complet moyen observé ; l'objectif recherché par l'utilisation d'une moyenne est de pousser les établissements à se spécialiser dans les activités pour lesquelles leur coût de réalisation est inférieur au tarif ou pour lesquelles ils peuvent mettre en place des techniques médicales de pointe qui sont moins consommatrices de ressources. La spécialisation des établissements permet de créer des « Centres d'Excellence ».

L'égalité d'accès aux soins est assurée par le droit du patient de se faire soigner dans l'établissement de son choix, en étant remboursé des coûts de transports en fonction de son niveau de ressources si l'établissement choisi est loin du domicile du patient.

Certaines activités des établissements ne sont pas couvertes par la tarification à l'activité. Dans les hôpitaux de soins « aigus », 62 % de l'activité provient de la tarification à l'activité. Le reste des revenus provient :

- ✓ D'accords avec les autorités locales pour des activités hors du champ PbR (25 %)
- ✓ De financements pour l'éducation et la formation multi-professionnelle (7 %)
- ✓ De sources d'autofinancements liés à l'activité (7 %).

### 7.3. FICHE PAYS ITALIE

Documents en référence :

- ✓ « Healthcare Systems in Transition, Italy », publié par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé, 2001.
- ✓ Réseau santé PwC

#### 7.3.1. ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ITALIEN

##### 7.3.1.1. VERS UNE ORGANISATION FÉDÉRALE

L'Italie se caractérise par un certain degré de fédéralisme qui s'est régulièrement renforcé depuis les années 50.

Le pays est composé de 20 régions, elles-mêmes divisées en 94 provinces. 5 régions ont un statut « spécial », avec une plus grande autonomie ; l'une d'entre elles est divisée en 2 provinces autonomes. Un processus de décentralisation (« *devolution* ») a eu lieu à partir des années 50 pour les régions à statut spécial, puis à la fin des années 70 pour les autres régions.

Ce processus de « fédéralisation » a également concerné le domaine sanitaire (cf. historique).

##### 7.3.1.2. LES PRINCIPAUX ACTEURS

###### Le niveau national

Au niveau national, les principaux acteurs sont :

- ✓ Le Servizio Sanitario Nazionale (SSN), équivalent du NHS anglais, institué en 1978
- ✓ Le Ministère de la santé, dont le rôle est notamment de :
  - Définir un panel de soins garantis par le SSN et établir un Plan sanitaire national tri-annuel
  - Gérer les ressources humaines au sein du SSN
  - Mener des actions de prévention et de santé publique

###### Le niveau régional

Au niveau régional, les services régionaux de santé sont chargés de garantir le respect du panel de soins.

Les services régionaux de santé exercent plusieurs fonctions :

- ✓ Des fonctions législatives : définition des principes d'organisation de l'offre de soins, des critères de financement
- ✓ Des fonctions exécutives : élaboration d'un plan sanitaire régional sur 3 ans qui définit les objectifs stratégiques et les critères financiers et organisationnels ; allocation des ressources ; délivrance des autorisations et des accréditations ; contrôle de la qualité, de l'adéquation et de l'efficacité des services ; définition des limites des territoires de santé ; nomination des responsables des unités sanitaires locales et des hôpitaux publics autonomes
- ✓ Un support technique aux unités sanitaires locales et aux hôpitaux publics et privés

Dans certaines régions, des agences sanitaires régionales sont en charge d'évaluer la qualité des soins et d'apporter un soutien technique aux services régionaux de santé et aux unités sanitaires locales (notamment pour l'évaluation des besoins de santé et la définition des services à développer pour répondre à ces besoins).

## Le niveau local et la structure de l'offre de soins hospitaliers

Au niveau local, les principaux acteurs sont :

- ✓ Les unités sanitaires locales
  - Elles sont chargées d'évaluer les besoins de santé et de fournir l'offre de soins correspondante.
  - Elles fournissent des soins directement à travers des équipements et services, ou par l'intermédiaire d'hôpitaux publics autonomes et de fournisseurs de soins privés accrédités (hôpitaux, laboratoires, maisons de repos, spécialistes et généralistes) qu'elle finance.
  - Un responsable de l'unité est nommé par le service régional de santé pour 5 ans et est évalué tous les 18 mois. Le responsable est relativement autonome en matière de gestion des ressources humaines, de gestion financière et de gestion des ressources technologiques. Il élabore un plan stratégique sur 3 ans.
  - Il y avait 228 unités en 1995, chacune couvrant environ 250 000 habitants
  - Les unités locales sont constituées :
    - D'hôpitaux
    - De districts de santé, chargés de coordonner et de fournir les soins primaires, les soins ambulatoires non hospitaliers et les soins à domicile
    - De services de santé publique, chargés de la prévention et de l'éducation à la santé
  
- ✓ Les hôpitaux publics autonomes (« azienda ospedaliera », équivalent des trusts anglais)
  - Ils fournissent des soins hospitaliers hautement spécialisés.
  - Leur bassin de recrutement de patients est interrégional voire national.
  - Ils sont indépendants des unités sanitaires locales ; concrètement, cette indépendance se traduit par le pouvoir du directeur de l'hôpital de définir les missions et les objectifs de son hôpital au travers d'un plan stratégique de 3 ans cohérent avec le plan sanitaire régional
  - Les conditions d'obtention du statut sont les suivantes : une organisation en services, la présence d'au moins 3 unités cliniques « hautement spécialisées », un service d'urgences et une unité de soins intensifs, un case-mix particulièrement complexe
  - Il y avait 98 hôpitaux publics indépendances en 2000
  
- ✓ Les fournisseurs de soins privés accrédités
  - Ils fournissent des soins ambulatoires ou hospitaliers financés par le SSN et autorisés et accrédités par les services régionaux de santé

En 2001, la répartition de l'offre de soins hospitaliers était la suivante : 61 % d'hôpitaux publics (directement gérés par les unités locales ou hôpitaux publics indépendants), 39 % d'établissements privés sous contrat avec les unités locales (principalement à but non lucratif). En 1998, sur 250 000 lits, 81,5 % étaient publics et 18,5 % privés.

## **7.3.2. LE SYSTÈME DE PLANIFICATION SANITAIRE**

### 7.3.2.1. BREF HISTORIQUE

#### 1ère réforme : 1978

La réforme de 1978 correspond à la création d'un service de santé national, le Servizio Sanitario Nazionale (SSN), équivalent du NHS au Royaume-Uni.

Des unités sanitaires locales sont également créées, sur le modèle des autorités sanitaires locales au Royaume-Uni, avec la différence que les unités sanitaires locales italiennes sont régies par les représentants des conseils locaux (comme dans les pays scandinaves).

La réforme définit le principe d'un panel de soins devant être garantis à tous les citoyens ; un Plan sanitaire national doit définir l'organisation de l'offre au niveau des unités sanitaires locales pour garantir ces soins.

Cependant, aucun panel de soins ni aucun Plan national n'a été défini avant 1994.

#### 2ème réforme : 1992-1993

Au niveau régional, l'autonomie régionale était limitée à des pouvoirs administratifs en matière de planification et de gestion hospitalière jusqu'au début des années 90.

La réforme de 1992-1993 a introduit un degré supplémentaire de fédéralisme, avec un principe de subsidiarité : dans le domaine de la santé, la responsabilité de la régulation, de la planification et de l'organisation des soins a été transférée aux régions. Les hôpitaux et les « unités sanitaires locales » sont dotés d'une certaine autonomie managériale. Le gouvernement central conserve des fonctions telles que la définition d'un Plan sanitaire national, l'allocation des ressources et la définition des guides de bonnes pratiques médicales et d'accréditation.

#### 3ème réforme : 1997-2000

Cette réforme correspond à la mise en place du « fédéralisme fiscal », qui met en place un système de financement en partie autonome des régions par le biais de la taxation et confie aux régions la responsabilité complète de leur équilibre budgétaire en matière sanitaire.

Elle s'organise autour de 4 axes :

1. Un renforcement de la planification stratégique et du rôle de l'État comme garant de l'égalité entre les régions en matière sanitaire : le Plan sanitaire national 1998-2000 définit un panel de soins garanti à chaque citoyen ;
2. Une régulation accrue de la concurrence, par le biais d'un processus homogène de sélection des établissements autorisés à fournir des soins pour le compte ou sous financement du SSN
3. Un renforcement de la coopération entre acteurs
4. Une évaluation de la qualité des soins

#### *1. Un renforcement de la planification stratégique*

Le Plan sanitaire national 1998-2000 a été élaboré selon les étapes suivantes :

- ✓ Définition de critères de sélection des services devant être couverts par le SSN
- ✓ Définition des grandes catégories de soins devant être garantis : 3 catégories de soins ont été définies (soins primaires, communautaires et hospitaliers), alors que le précédent plan en définissait 6 ; cette réduction est interprétée comme une tentative de favoriser la coopération

entre les fournisseurs de soins et de développer les soins primaires et communautaires au détriment des soins hospitaliers

- ✓ Définition des actes devant être garantis à l'intérieur de ces grandes catégories
- ✓ Estimation du coût de la prise en charge de ces actes ; ce coût constitue la base de l'estimation du « tarif de capitation »
- ✓ Définition d'un système de pilotage pour évaluer le respect du panel de soins par les régions.

### 2. *Une régulation accrue de la concurrence*

Pour favoriser la concurrence saine entre les fournisseurs de soins tout en garantissant la qualité des soins, la réforme de 1999 a défini un processus de sélection des fournisseurs de soins (hospitalisations et consultations externes), au niveau régional, en 4 étapes : autorisation pour l'installation des infrastructures, autorisation pour la fourniture de soins, accréditation et contractualisation (cf. § Situation actuelle).

### 3. *Un renforcement de la coopération entre les acteurs*

Le Plan national renforce l'intégration des aspects sanitaires et sociaux en instituant un programme intégré de soins à domicile en faveur des personnes dépendantes ; il rend possible la création de réseaux de soins à domicile basé sur la collaboration de différents types de professionnels de santé et de services sociaux ; le district est le niveau responsable de la coordination des professionnels et les régions définissent les conditions générales de mise en place des réseaux.

Une liste d'activités devant être réalisées dans le cadre d'une collaboration entre professionnels de santé et services sociaux est définie.

### 4. *Une évaluation de la qualité des soins*

Le Plan favorise également l'amélioration de la qualité des soins, en mettant en place un Programme national de la qualité des soins et un Programme national des bonnes pratiques cliniques, avec des objectifs de qualité et un système d'évaluation, dont les objectifs sont :

- ✓ De rendre obligatoire l'évaluation de la qualité pour les structures publiques et privées
- ✓ De développer des outils d'évaluation des pratiques dans les services de soins
- ✓ De revoir la batterie d'indicateurs de qualité définis lors de la réforme de 1992 et d'évaluer l'impact de la modification des modes de financement sur les soins hospitaliers et les consultations externes
- ✓ De promouvoir la participation des professionnels de santé et des patients dans l'évaluation des unités sanitaires locales.

#### 7.3.2.2. SITUATION ACTUELLE

##### En matière de planification

*Au niveau national*, le ministère de la santé est chargé d'établir, d'animer et d'évaluer un Plan sanitaire national tri-annuel. Ce plan définit des objectifs, des indicateurs et des actions à mettre en œuvre, sur la base de propositions annuelles faites par les services régionaux de santé (à partir d'une analyse des besoins de santé de la population et de l'offre de soins existante, effectuée en coopération avec les unités locales et les hôpitaux publics autonomes). Le plan peut être ajusté annuellement en fonction des remontées des régions.

Le dernier plan en date est le plan 2006-2008.

*Au niveau régional*, un plan sanitaire régional sur 3 ans est adopté par le parlement régional. Il traduit les orientations nationales dans des objectifs et des cibles sur les plans financier et organisationnel, en les adaptant aux spécificités régionales. L'animation du plan au niveau régional est réalisée par une conférence permanente pour la planification régionale sanitaire et sociale. Les régions rendent compte au gouvernement central de l'atteinte des objectifs ; un rapport annuel est établi sur la mise en œuvre du plan régional.

Le ministère de la santé évalue la cohérence entre les plans régionaux et le plan national.

*Au niveau local*, un plan local est défini par les unités sanitaires locales en cohérence avec le plan régional. Les unités sanitaires locales ont la responsabilité de garantir un accès égal aux soins pour tous les citoyens.

#### En matière d'autorisations, accréditations et contractualisation

Un système d'autorisation et d'accréditation des fournisseurs de soins a été mis en place en 1999. Les régions sont responsables de ce processus mais elles doivent respecter des critères définis par le ministère de la santé. Il comporte 4 étapes :

- ✓ Une autorisation est nécessaire en cas de construction d'un nouveau bâtiment ou d'une réhabilitation d'un ancien bâtiment ; l'autorisation est délivrée par la municipalité après accord des services régionaux de santé
- ✓ Une autre autorisation est nécessaire pour fournir des soins ; elle est délivrée par les services régionaux de santé à condition de respecter les exigences minimum en termes d'infrastructures, de technologiques et d'organisation.
- ✓ Une accréditation est délivrée par les services régionaux de santé sur la base de 2 critères supplémentaires : une évaluation régulière de la qualité organisationnelle, managériale et technologique de l'infrastructure et des compétences et de la pratique des professionnels de santé y travaillant ; une évaluation de la valeur ajoutée par chaque nouveau fournisseur de soins accrédité, prenant en compte l'offre de soins existante et le panel de soins à garantir. Les critères de choix doivent être définis conjointement par l'État et les régions.
- ✓ La contractualisation est la dernière étape du processus de sélection. Les contrats sont négociés entre les unités sanitaires locales et les fournisseurs de soins sélectionnés par les unités locales parmi ceux qui ont été accrédités, en collaboration avec les services régionaux de santé, sur la base d'une évaluation coût/qualité. Les contrats précisent le volume, le tarif et la qualité des activités prises en charge par le fournisseur, avec des sanctions en cas de dépassement des volumes ; ils précisent aussi d'autres engagements tels que des délais d'attente maximum et des objectifs de santé.

### **7.3.3. LE SYSTÈME DE FINANCEMENT DE L'OFFRE DE SOINS**

#### *7.3.3.1. BREF HISTORIQUE*

##### Financement des hôpitaux

*1<sup>ère</sup> réforme : 1978*

Jusqu'en 1978, les structures hospitalières étaient remboursées par la mutuelle d'appartenance du patient sur la base d'un tarif journalier par lit (bed-day rate), déterminé par le conseil d'administration de chaque hôpital en fonction des coûts directs et indirects de la structure. Les tarifs étaient remboursés sans contrôle de l'efficacité ou de la qualité des services. Ce mécanisme incitait fortement à augmenter le coût des traitements ainsi que le nombre de lits et la longueur des séjours. Le déficit important auquel ont été confrontées les mutuelles au début des années 70 a conduit le gouvernement à transférer la responsabilité de la gestion des hôpitaux aux régions.

La réforme de 1978 a renforcé le management des hôpitaux publics en les plaçant sous le contrôle direct des unités sanitaires locales : les hôpitaux publics étaient totalement intégrés à la structure administrative des unités locales et financés sur le budget alloué aux unités locales par les régions. Cependant, l'absence de systèmes de comptabilité séparés rendait le suivi et l'audit des dépenses très difficiles. Pour réduire le nombre de lits et contenir les dépenses, un système de budget fixe a été mis en place pour les hôpitaux publics et les hôpitaux universitaires (indépendants des unités locales) ; les autorités régionales ont été chargées de contracter avec l'ensemble des structures hospitalières, y compris les structures privées, qui ont continué d'être financées sur la base d'un forfait journalier déterminé dans le cadre d'un appel d'offres national tous les 3 ans.

### *2<sup>ème</sup> réforme : 1992-1993*

La réforme de 1992 a changé le paysage hospitalier. Les hôpitaux universitaires et les hôpitaux hautement spécialisés ou à dimension nationale ont obtenu le statut d'hôpitaux publics autonomes, avec pour conséquence une indépendance et une responsabilité totales en matière financière notamment. Les hôpitaux publics sont restés sous le contrôle des unités locales mais ont obtenu une certaine autonomie financière ; un système comptable propre a également facilité le contrôle et l'audit.

La réforme de 1992 a également introduit un système de paiement prospectif pour les hospitalisations et les consultations externes. À partir de 1995, les hôpitaux et les structures de consultations externes spécialisées ont été remboursés sur la base de taux définis nationalement. Les régions étaient libres de redéfinir les taux en fonction de leurs propres critères mais devaient respecter le taux national comme un taux maximum.

Pour les hospitalisations, les remboursements étaient effectués sur la base de DRGs ; pour les consultations externes, les remboursements étaient effectués sur la base de tarifs par consultation. Seuls les services de soins de suite et réadaptation et d'hospitalisation longue durée étaient remboursés sur la base de forfaits journaliers ; le tarif journalier a progressivement diminué afin d'éviter l'allongement inutile de la durée des séjours ; une longueur de séjour supérieur à la limite (généralement 60 jours) engendrait une réduction de 40 % du forfait journalier.

Les régions avaient la possibilité de définir des programmes financiers spécifiques complémentaires pour soutenir certaines activités financées par le système de DRGs : services d'urgences, unités de greffes d'organes, services des grands brûlés, centres de dépistage et de traitement du Sida, soins à domicile, formation, enseignement et recherche.

### *3<sup>ème</sup> réforme : 1997-2000*

La réforme de 1999 a renforcé le système de paiement prospectif sur la base des DRGs et a redéfini les programmes financiers spécifiques ; tous les hôpitaux sont désormais financés par un budget global prédéfini composé de deux éléments :

- ✓ pour les hospitalisations et les consultations externes : un paiement au moyen de tarifs prédéterminés sur la base de DRGs ;
- ✓ pour (a) les urgences, les accidents et l'ensemble des activités avec des coûts d'attente élevés, (b) les programmes de prévention, (c) les services sociaux, (d) les activités de greffe et (e) le traitement des maladies chroniques : un paiement basé sur le coût moyen de production

### Financement des services régionaux de santé

*Le système de capitation régionale mis en place en 1997*

En 1997 a été mis en place un système de « capitation régionale » : il s'agit d'une allocation fixe par habitant supposée garantir l'accès à un niveau uniforme de santé quelle que soit la région.

Le ministère de la santé définit le tarif de capitation national pour les services de santé, qui était publié dans le Plan sanitaire national. Le tarif doit correspondre aux ressources nécessaires pour financer les services inclus dans le « panel de soins » (liste des soins qui doivent être garantis *a minima* à la population) ; il doit également prendre en compte une estimation des besoins de santé et du recours aux soins, pour les 3 catégories de soins définis dans le Plan sanitaire national 1998-2000 (soins communautaires, soins hospitaliers et santé publique).

#### *Le Fonds sanitaire national jusqu'en 2000*

Jusqu'en 2000, en multipliant le tarif de capitation par la population nationale, on obtenait le budget du Fonds sanitaire national (*Fondo Sanitario Nazionale – FSN*, alimenté par les impôts sur le revenu et des contributions sanitaires obligatoires), qui était redistribué entre les régions.

Dans les faits, le processus était inversé : le gouvernement central déterminait les ressources disponibles au niveau national et divisait le montant par la population totale pour établir le tarif de capitation ; ce tarif était ensuite multiplié par la population régionale et pondéré en fonction des indicateurs de besoins de santé et de recours aux soins.

Par ailleurs, le ministère de la santé donnait des indications en matière de répartition des fonds entre les 3 catégories de soins ; en 2000, la répartition était la suivante : 48,5 % pour les soins hospitaliers, 47,5 % pour les soins communautaire et 4 % pour la santé publique. Cependant, les régions pouvaient modifier librement cette répartition en fonction d'objectifs de planification régionale.

#### *Le fédéralisme fiscal à partir de 2000*

En 2000, le Fonds sanitaire national devait être supprimé et remplacé par différentes taxes régionales, dans la logique du « fédéralisme fiscal ».

Cependant, le « fédéralisme fiscal » ne fonctionne pas parfaitement. Le Fonds sanitaire national a donc été maintenu. Le système de santé est donc financé à deux niveaux :

- ✓ Au niveau national, le Fonds sanitaire national

Le budget est déterminé annuellement, dans le cadre de négociations entre le Ministère de la santé et les gouvernements régionaux. Les critères de répartition sont également négociés, sur la base :

- De la tendance historique
- Du vieillissement de la population
- Des priorités de santé
- Du nombre d'habitants
- D'autres critères

- ✓ Au niveau régional, le Fonds sanitaire régional (FSR)

Les régions sont libres de financer des services complémentaires (au-delà du panel de soins minimum garanti) sur la base d'une taxation régionale. Elles peuvent également apporter un soutien financier aux établissements et aux unités sanitaires locales en difficulté.

#### 7.3.3.2. SITUATION ACTUELLE

Chaque région est libre de choisir le tarif des DRG (sur la base d'une nomenclature nationale), ainsi que les règles d'attribution des tarifs en fonction de la catégorie d'établissement (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...), ce qui rend difficile la comparaison des données au niveau national. Les régions sont également libres de compléter le financement des unités sanitaires locales, y compris pour des activités financées sur la base des DRGs.



Cependant, quelle que soit la région, tous les établissements sont désormais financés par un budget global prédéfini composé de deux éléments :

- ✓ pour les hospitalisations et les consultations externes : un paiement au moyen de tarifs prédéterminés sur la base de DRGs
- ✓ pour (a) les urgences, les accidents et l'ensemble des activités avec des coûts d'attente élevés, (b) les programmes de prévention, (c) les services sociaux, (d) les activités de greffe et (e) le traitement des maladies chroniques : un paiement basé sur le coût moyen de production

Il ne s'agit pas d'un système prospectif mais d'un système rétrospectif, puisque les établissements sont financés sur la base d'un budget prédéfini, sans ajustement ni sanctions en cas de non respect des prévisions. L'ajustement en fin d'année N se fait en fait lors de la négociation du budget de l'année N+1.

Le mode de négociation du budget diffère selon le statut de l'établissement :

- ✓ Les hôpitaux publics gérés directement par les unités sanitaires locales négocient leur budget avec l'unité sanitaire locale, sur la base de l'activité N-1 auquel s'ajoute un certain % d'augmentation, déterminé à partir d'une analyse des besoins de santé et des prévisions d'évolution des coûts.
- ✓ Les hôpitaux publics autonomes négocient leur budget soit directement avec les autorités régionales, soit avec l'unité sanitaire locale à laquelle ils sont rattachés, selon la région. Le budget est également négocié sur la base de l'activité N-1 avec un certain pourcentage d'augmentation.
- ✓ Les établissements privés négocient leur budget avec l'unité sanitaire locale à laquelle ils sont rattachés, sur la base de prévisions d'activité (en DRGs).

Le tableau ci-dessous récapitule de tarif moyen du DRG en 2003 (moyenne des tarifs des 495 DRGs) pour les différentes régions :

En euros	Abruzzes	Val d'Aoste	Calabre	Latium	Ligurie	Sardaigne	Vénétie	Basilicate	Marches	Molise	Pouilles	Campanie	Piémont	Sicile	Émilie-Romagne	Frioul-Vénétie julienne	Lombardie	Province de Bolzano	Toscane	Province de Trente	Ombrie
Tarif unique	3 357	Non disponible	3 663	4 287	4 127	3 055	3 793														Non disponible
Tarif différencié																					Non disponible
Structure publique								4 256	4 901	4 171			4 419								
Hôpital public autonome ou universitaire												4 196									
Hôpital public avec urgences												3 987									
Hôpital public sans urgences												3 777									
Complexité très élevée														4 235							
Complexité élevée										3 746				4 121							
Complexité moyenne										3 538				4 015							
Complexité faible										3 330				3 910							
Structure privée accréditée								3 405	3 736	3 545	2 914										
Complexité élevée												3 357	4 419								
Complexité moyenne												2 854	4 065	3 804							
Complexité faible												2 392	3 756	3 698							
Structure avec service d'urgence															4 283	5 048	4 610		3 665		
Complexité élevée																			4 477		
Complexité moyenne																			4 065		
Complexité faible																			3 851		
Structure sans service d'urgence															3 117	4 114	4 278	3 411	3 188		
Structure de recours																			5 069		
Hôpital de Trento																					4 828
Hôpital de Rovereto et N. Armani-Arco																					4 454
Hôpitaux généraux et structures privées accréditées																					3 913

## **Annexe 7 : Bibliographie**

Nous avons consulté les documents suivants :

Titre	Auteur	Date
<b>Documentation générale</b>		
Site du Ministère de la Santé, dossier « Plan Hôpital 2007 » - <a href="http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/">http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/</a>		
Mission d'audit de modernisation, Rapport sur les agences régionales d'hospitalisation et le pilotage des dépenses hospitalières	IGAS/IGF	Avril 2007
Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher	Gérard Larcher, sénateur	Avril 2008
<b>Planification sanitaire</b>		
Lettre du DHOS aux DARH sur l'EBS dans le cadre de la préparation des SROS 3 <sup>ème</sup> génération	DHOS	Juillet 2004
Cahier des charges pour l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de l'élaboration des SROS	DHOS - ORS des Pays de la Loire	Juin 2004
Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé	DHOS - Candice Estellat et Louis Lebrun	Mai 2004
Peut-on quantifier les besoins de santé ? Dossiers solidarité et santé n° 1	DREES - Chantal Cases et Dominique Baudeau	Janvier - Mars 2004
Les besoins de soins en France, Méthodes et résultats 2005	URCAM	Janvier 2007
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		Septembre 2003
Ordonnance du 4 septembre 2003- Fiche n° 1 - La réforme de la planification sanitaire		
Ordonnance du 4 septembre 2003 - Présentation analytique et synthétique	H. Destrem (Saint-Malo)	Décembre 2003
Hôpital 2007 - Ordonnance du 4 septembre 2003 - La réforme de la planification sanitaire	DHOS	Septembre 2003
Circulaire DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération	DHOS	Mars 2004
Décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins		Janvier 2005
Circulaire DHOS/O n°2005-254 du 27 mai 2005 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins	DHOS	Mai 2005
Arrêté du 8 juin 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins		Juin 2005
Circulaire DHOS/04/2006/97 du 6 mars 2006 relative aux schémas interrégionaux d'organisation sanitaire	DHOS	Mars 2006
Décret n° 2007-133 du 30 janvier 2007 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique	Ministère de la santé	Janvier 2007
Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires		Avril 2007
Circulaire n° DHOS/O4/2005 du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003, concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation	DHOS	Octobre 2005
Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004 relatif à la liste des activités de soins et des équipements matériels lourds soumis à autorisation en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique et modifiant ce code		Novembre 2004

<b>Titre</b>	<b>Auteur</b>	<b>Date</b>
Circulaire DHOS/O 3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local	DHOS	Mai 2003
Circulaire n°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM	DHOS-CNAMTS	Mars 2007
Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique		Novembre 2006
Évaluation du Plan Urgences 2004-2008	Jean-Yves Grall, Conseiller général DHOS	Janvier 2007
Circulaire n°DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire	DHOS-CNAMTS	Mars 2007
Circulaire DHOS/F2/2007/248 du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du Plan Hôpital 2012 et ses annexes	DHOS	Juin 2007
<b>Tarification à l'activité</b>		
« Economie de la Santé : avancées théoriques et opérationnelles », publié dans la Revue de l'OCDE	Sandrine Chambaretaud (Commissariat Général du Plan) et Laurence Hartmann (Service d'Epidémiologie et de Santé publique, Université de Lille 2 – Institut d'Économie Publique)	Octobre 2004
La sécurité sociale, 2ème 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)	Cour des Comptes	Septembre 2006
Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins		Mai 2007
Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé	DHOS	Février 2007
Rapport d'information déposé par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé	Jean-Marie Rolland, député	Juillet 2006
Contractualisation sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation : guide méthodologique	DHOS / T2A	2006
La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité	Cour des comptes - rapport	28-juin-05
Guide du contrôle externe régional	DHOS	Janvier 2006
Tarification des établissements de santé - rappel des enjeux, des modalités, des schémas cibles et transitoires	MT2A (C. Andréoletti)	Mai 2007
Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la réforme du financement des établissements de santé	Alain Vasselle	Avril 2006
Les évolutions du SIH liées aux réformes LAM T2A	DHOS (Estelle Oussar)	Mai 2007
Circulaire interministérielle N° DHOS/E3/DGCP/5B/2006/352 relative à la généralisation des normes B2 et NOEMIE dans les établissements publics de santé	Jean Castex	Août 2006
T2A (French DRG) et financement des hôpitaux	Pascal Corond, ARH Rhône-Alpes	Mai 2007
Formation sur la tarification à l'activité	DHOS ATIH MT2A ENSP	Avril 2004
L'allocation de leurs moyens budgétaires aux établissements de santé pour les activités MCO	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie	Mars 2006

<b>Titre</b>	<b>Auteur</b>	<b>Date</b>
Site de la sécurité sociale Présentation synthétique de la procédure d'élaboration de lois de financement des lois de sécurité sociale		Octobre 2007
Arrêté du 27 février fixant pour 2007 les montants régionaux des DAC, DAF et MIGAC	Ministère de la Santé et des Solidarités	Février 2007
Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008	Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique	Décembre 2007
<b>Analyse des expériences étrangères</b>		
Healthcare Systems in Transition, Germany (version en allemand). Une version en anglais est disponible pour l'année 2004	Observatoire européen des systèmes et politiques de santé	2005
Site internet de la réforme du système de santé allemande : <a href="http://www.die-gesundheitsreform.de">www.die-gesundheitsreform.de</a>		2008
Plan hospitalier de Hambourg (Krankenhausplan 2010)	Gouvernement d'Hambourg	2007
Health Care Systems in Transition, United Kingdom	Observatoire européen des systèmes et politiques de santé	1999
How the healthcare system works in England	BBC	2007
Options for the Future of Payment by Results : 2008/09 to 2010/11	Department of Health and NHS	2007
The right result? Payment by Result 2003-07	Audit Commission	Février 2008
Payment by Result Guidance 2008/2009 + Annexe	Department of Health and NHS	Décembre 2007
Site internet du NHS : <a href="http://www.nhs.uk">www.nhs.uk</a>		2008
Site internet du Ministère de la Santé anglais : <a href="http://www.dh.gov.uk">www.dh.gov.uk</a>		
Healthcare Systems in Transition, Italy	Observatoire européen des systèmes et politiques de santé	2001
Plan sanitaire national italien 2006-2008 (Piano sanitario nazionale)	Ministère de la santé italien	2005
Revue « Etudes 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	Mars 2006
Tarifs des DRGs italiens par région	Source : réseau PwC	2003
<b>Monographies régionales</b>		
Site internet des ARH : <a href="http://www.parhtage.fr">www.parhtage.fr</a>		2008
SROS Franche-Comté 2006-2001	ARH de Franche-Comté	2006
Les 6 territoires de santé franc-comtois : repères démographiques, économiques et sanitaires	ARH, DRASS, DRSM, ORS et URCAM de Franche-Comté, INSEE	2004
CPOM 2007-2011 entre l'ARH de Franche-Comté et le CH de Dole	ARH de Franche-Comté	
CPOM 2007-2011 entre l'ARH de Franche-Comté et le CH de Pontarlier	ARH de Franche-Comté	
EPRD 2007 du CH de Dole		2007
EPRD 2007 du CH de Pontarlier		2007
SROS Languedoc-Roussillon 2006-2011	ARH de Languedoc-Roussillon	2006
Guide de contractualisation MIGAC 2007 Languedoc-Roussillon		2007
Présentation sur le mode de calcul des OQOS dans le cadre de l'élaboration du SROS 3 en Languedoc-Roussillon	ARH de Languedoc-Roussillon	
CPOM 2007-2011 entre l'ARH de Languedoc-Roussillon et le CRLC Paul Lamarque de Montpellier	ARH de Languedoc-Roussillon	2007
CPOM 2007-2011 entre l'ARH de Languedoc-Roussillon et le CH de Perpignan	ARH de Languedoc-Roussillon	2007
EPRD 2007 du CH de Perpignan		2007
EPRD 2007 du CRLC Paul Lamarque de Montpellier		2007