



ACTES

COLLOQUE NATIONAL T2A

16 JUIN 2004

**SECTION
SPECIALISTES**

**UNION REGIONALE
DES MEDECINS
LIBERAUX
D'ILE DE FRANCE**

2004

SOMMAIRE

Introduction

Docteur Pierre MONOD p.3
Président de la Conférence Nationale des Présidents d'URML

MATINEE :

La T2A en hospitalisation privée : état d'avancement p.5
Dr Martine Aoustin - DHOS

Les interrogations d'un chirurgien devant la T2A aujourd'hui p.16
Dr Joël Trouillas – Elu de l'URML Languedoc-Roussillon

Enjeux et perspectives de la T2A : les questionnements pour le futur p.18
Dr Jean-Paul Ortiz – Président de la Section Spécialistes de l'URML
Languedoc-Roussillon

Mise en place d'un système de tarification de l'activité : une analyse p.24
économique des implications pour l'hospitalisation privée en France
Mr Benoît Dervaux – CRESGE Lille

APRES MIDI :

La Fédération Hospitalière Privée face à la T2A : aujourd'hui et demain p.52
Mr Loïc Geoffroy – Délégué Général

T2A et qualité : quelles articulations ? p.57
Mr Alain Coulobomb – Directeur Général de l'ANAES

Allocation des ressources pour l'hospitalisation publique et p.70
l'hospitalisation privée
Mr Philippe Ritter – Directeur de l'ARH Ile de France

La T2A induira-t-elle des évolutions comportementales chez les acteurs ? p.74
Pr Claude Le Pen

Conclusions

Dr Jean Halligon – Président du CNP CME HP p.85
Dr Bernard Huynh – Président de l'URML Ile de France p.88

Dossier suivi par Delphine HERNU
URML IDF
Tél. : 01 40 64 14 84 – Fax : 01 43 21 80 34
Mail : delphine.hernu@urml-idf.org

INTRODUCTION : Pierre Monod – Président de la Conférence des Présidents d'URML

Bienvenue à tous, bonjour Mesdames et Messieurs.

Je voudrais rendre hommage à deux personnes présentes dans la salle, Joël TROUILLAS et Jean-Paul ORTIZ pour leur perspicacité et leur lucidité lorsqu'ils sont venus nous trouver, mes collègues du Bureau de l'URML Languedoc Roussillon et moi-même pour nous parler de la tarification à la pathologie, sujet austère, aride pour l'ensemble des médecins.

Perspicacité parce qu'ils ont compris d'emblée qu'au-delà de la tarification à la pathologie on évoluait vers le terme aujourd'hui consacré de la tarification à l'activité. Cette évolution sémantique est particulièrement intéressante parce que, dans ce terme d'activité, on voit qu'il y a peut-être modification de notre mode de rémunération, mais également de notre comportement, puisque le comportement est souvent complémentaire et dépendant de la rémunération.

Mais également lucidité parce que, enfin, on allait montrer que le privé travaillait mieux, plus efficacement, plus rapidement, que c'était autrement plus rentable que ces fonctionnaires de l'hôpital ; enfin le privé allait prendre sa revanche. Leur lucidité a été de dire que peut être ces systèmes, que nous devons comparer, risquent de reprendre le dessus, que les professionnels de santé essaient de travailler de la même façon, qu'ils soient dans le public ou dans le privé. Est-ce que cette réforme aura la capacité de gommer enfin les différences entre le public et le privé ? Est-ce qu'on est capable de fixer enfin de vraies règles du jeu ?

Ces questions, nous les avons posées au CRESGE qui nous a rendu un modèle mathématique – Benoît DERVAUX vous en parlera tout à l'heure – avec une projection de l'impact de la T2A sur la pratique hospitalière libérale. Je voudrais également leur rendre hommage parce que dans un premier temps, à la lecture du rapport, je me suis senti parfaitement incompetent; et leur tour de force a été de rendre ce rapport lisible et je le trouve passionnant. C'est un dossier exemplaire parce que c'est le travail d'une URML, partagé avec les autres URML pour éclairer la profession sur un sujet technique.

Le rôle des Unions est, quel que soit le sujet, de s'en emparer. A partir du moment où l'on considère que ce sujet a un impact sur notre vie professionnelle, notre rôle est de le disséquer et de proposer des pistes de réflexion à l'ensemble de la profession. Ce dossier de la T2A pose de vraies questions sur notre capacité à nous réformer, à

réformer la manière dont nous travaillons ensemble et la manière dont nous sommes rémunérés.

La T2A est-elle un outil d'harmonisation public/privé ? Ou – et Mme Aoustin nous le dira, je la remercie d'être présente aujourd'hui parmi nous – les vieux démons reprendront-ils le dessus ? Mme Aoustin nous informera de l'avancement des travaux de la DHOS.

Devons-nous craindre l'arrivée de la T2A ? Quelles seront nos capacités à nous adapter ? Joël Trouillas et Jean-Paul Ortiz, en préambule à la présentation du rapport du Cresge par Benoît Dervaux nous livreront leur sentiment.

Et puis il y a un sujet que les organisateurs ont voulu inscrire et qui me paraît très intéressant, voire passionnant, c'est l'articulation entre T2A et qualité. Toute réforme doit être structurante et permettre d'améliorer le système. Alain Coulomb nous dira s'il y a – et il y a – une articulation entre T2A et qualité. Claude Le Pen enfin, essaiera de répondre à une question particulièrement difficile qui est de savoir quelles sont les évolutions comportementales engendrées par l'application de la T2A puisqu'une nouvelle forme d'organisation aura lieu entre les différents acteurs professionnels de santé mais également entre les professionnels de santé, les gestionnaires et les financeurs.

Enfin, et j'en terminerai par là, je voudrais souligner la symbolique qu'il y a pour nous à co-organiser Conférence des Présidents d'URML et Conférence des Présidents de CME - et je salue la présence de Jean Halligon - sur un sujet aussi important que la T2A. Nous sommes les représentants élus des médecins qui s'acquittent d'une cotisation volontaire et obligatoire, nous avons l'obligation de comprendre les enjeux. Il n'existe pas de discours technocratiques, il existe des décideurs qui n'ont pas suffisamment travaillé les dossiers.

La T2A ne verra complètement le jour que si elle est équitable, transparente, c'est-à-dire partagée selon les mêmes critères public/privé, si c'est un outil de qualité et de rapprochement entre les professionnels de santé autour du patient.

Je vous remercie et je vais tout de suite donner la parole à Jean Pol Durand, notre modérateur.

Jean Poi DURAND :

Merci Pierre MONOD, merci et bravo parce que l'organisation de cette journée très bien structurée : On a une matinée entièrement consacrée à la pédagogie, avec Martine Aoustin qui va nous faire le point opérationnel du chantier. Je salue donc Martine Aoustin et la remercie à mon tour d'être là. Ensuite on va avoir donc deux témoignages, deux approches sous des angles différents mais qui se rejoignent et enfin on terminera, comme vous l'a dit Pierre, sur un énorme travail qui a été conduit par les gens du CRESGE.

Je vous propose de rentrer tout de suite dans le vif du sujet, j'appelle à la tribune Madame le Docteur Aoustin.

Intervention de Martine Aoustin :

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, mes chers Confrères,
D'abord merci de me donner l'occasion de vous parler de ce dossier qui nous concerne tous et qui, je crois, comme l'a dit le Président MONOD à l'instant, est de nature à peut-être introduire un débat sur... pourquoi pas... la manière dont se positionnera l'ensemble des acteurs dans le domaine de l'offre de soins, demain.

Pour faire en sorte, sur le temps qui m'est imparti, de vous apporter des informations concrètes sur « comment les choses vont se passer », le mieux est de commencer par vous décrire en deux mots la réforme du financement des établissements de santé.

L'un des objectifs qui m'ont été assignés par M. le Ministre lors de la création de la mission et de la nomination de son Directeur, a consisté à faire en sorte que les modalités de financement... (je dis bien les modalités et je reviendrai sur ce mot important...) du secteur public et du secteur privé soient identiques en respectant les spécificités de l'un et de l'autre secteurs : du secteur sous DG : - secteur public et PSPH² sous DG, et du secteur des cliniques privées, dans nos termes, secteur sous Objectif Quantifié National.

Des modalités identiques de financement et le respect des spécificités signifiaient que parallèlement il n'était pas question de toucher à ce qui était la structure. Le « statut » des acteurs intervenant dans chacun des secteurs, d'un côté les médecins libéraux exerçant dans les cliniques et sur plateaux techniques, et de l'autre le statut des établissements publics de santé et des personnels.

Voilà une contrainte qui a été forte, prise en compte dans la détermination du modèle que nous avons proposé, modèle qui a été accepté puisque vous savez que maintenant cette réforme est inscrite dans la loi.

Elle est inscrite dans la loi de financement 2004 et la mise en œuvre dans le secteur public est intervenue au 1^{er} janvier 2004. Pour ce qui concerne le secteur privé, vous savez que la loi prévoit un démarrage courant 2004, la date prévue étant celle du 1^{er} octobre 2004.

Je vais vous parler à présent des modalités de financement même si cela paraît très technique.

Le Président l'a évoqué, depuis fort longtemps nous débattons sur la question des coûts pour la collectivité de l'un et de l'autre des secteurs : un secteur est plus cher, moins cher que l'autre ; un secteur a une activité qui (paraît-il) n'est pas la même que l'autre, les malades ne sont pas les mêmes... et ce débat, dans un débat quasi dogmatique, est peu argumenté au plan technique. Et pas factuel pourquoi ? Eh bien parce que nous n'avions pas les outils pour le rendre factuel. Pour ce faire, il n'y a pas cinquante solutions, il faut commencer par détailler ce qui se fait dans chacun des deux secteurs.

Pour ce faire, nous avons proposé un schéma de financement mixte. Vous savez que d'autres pays européens n'ont pas fait ce choix.

Première partie de financement : Les « missions d'intérêt général » ou « MIG » et notamment les missions d'enseignement, de recherche, d'innovation qui sont clairement aujourd'hui des missions de l'hôpital public. Je ne m'exprime pas sur le fait que ce soit bien ou mal, il n'y a pas de jugement de valeur dans mon esprit, il n'y a pas plus d'ailleurs d'état d'esprit qui consiste à dire que ça ne peut se faire que là, ce n'est pas le sujet. Aujourd'hui il s'agit de dire tout simplement qu'il en est ainsi et que l'enseignement et la recherche sont effectivement le rôle du secteur public sous DG.

Par ailleurs, toutes les activités développées aujourd'hui par l'hôpital, par exemple les écoles d'infirmières, les banques, les CECOS, tous les laboratoires particuliers : oncogénétique, les soins aux détenus... qu'il est temps d'éclairer, de financer en tant que telles car il est légitime que l'établissement soit financé sur le service rendu à la collectivité.

Vous comprendrez bien, il n'est pas légitime de faire en sorte que le financement octroyé à une école d'infirmières soit différent lorsque l'établissement pour un motif X ou Y voit son activité baisser. Nous avons besoin d'infirmières, il est naturel de financer les écoles d'infirmières pour le fonctionnement requis de ces dernières.

Et donc il importait d'isoler cette activité, cette partie des missions d'intérêt général en sorte de revenir à ce qui se trouve être une activité que vous partagez très largement avec le secteur public et qui est l'activité de soins dans les services.

Je voudrais ajouter un dernier point : auparavant c'était le statut qui permettait l'accès aux missions d'intérêt général. Aujourd'hui la LFSS prévoit que les missions d'intérêt général sont ouvertes à tous les secteurs et au sein d'ailleurs des secteurs à tous les établissements, sous réserve, bien entendu, de la démonstration du service rendu.

Dans cet état d'esprit nous avons isolé et « doté » les missions d'intérêt général que je viens de citer. Ainsi l'hôpital bénéficiera d'une dotation qui sera réévaluée annuellement, comme l'est aujourd'hui la DG.

Parlons maintenant de l'autre partie de financement qui est beaucoup plus proche, qui est commune entre le secteur public et le secteur privé. Et vous savez qu'aujourd'hui la DGF ne fait pas la différence entre l'ensemble des missions. A l'inverse le financement dans des cliniques privées décline l'ensemble des prestations qui sont assurées : en haut du bordereau 615 l'ensemble des éléments qui sont versés à la clinique et qui se composent de prix de journées, frais de salles d'opération, toutes choses que vous connaissez bien, le « bas du 615 » c'est-à-dire, Mesdames, Messieurs, vos honoraires.

Il n'est pas question, de toucher à cette dernière partie de financement, elle ne concerne pas directement la réforme de la tarification à l'activité. Mais je voudrais toutefois faire un aparté sur ces deux réformes qui sont difficiles à différencier l'une de l'autre : d'une part la réforme de la CCAM et d'autre part la réforme de la T2A.

Effectivement la juxtaposition dans le temps de ces deux réformes, ou du moins dans leur mise en œuvre, peut laisser penser qu'il y a une articulation entre elles et il y en a une, technique, sur laquelle je vais revenir. Mais, en termes notamment de traitement politique, nous ne sommes pas dans la même situation puisque vous savez tous que le sujet de la CCAM (la classification des actes médicaux qui a pour objectif de financer les médecins, les professionnels de santé libéraux), est gérée par l'assurance maladie même si l'Etat est concerné, alors que la tarification à l'activité a pour objet de financer les structures de santé, les établissements de santé qu'ils soient d'ailleurs publics ou privés est assurée par l'Etat.

La seule articulation qui existe entre la CCAM et la T2A existe au niveau du codage. La tarification à l'activité, comme l'a dit le Président, a une grande proximité avec la tarification à la pathologie, puisqu'elle est basée sur les données du PMSI. Un patient qui transite dans une structure se voit affecté, au travers d'un certain nombre d'éléments informationnels du PMSI, d'un classement dans une typologie médicale qui s'appelle un groupe homogène de malades (GHM). Et le codage qui intervient dans cet algorithme permettant le groupage, aujourd'hui obéit à une classification qui s'appelle le CDAM, mais demain obéira à la classification qui est la CCAM.

Voilà le lien qui existe entre la CCAM et la T2A. Votre codage en CCAM s'introduira dans l'algorithme et fera en sorte de classer ces malades dans une typologie particulière qui est le groupe homogène de malades. C'est un peu technique, mille excuses...

Je reviens, si vous le voulez bien, sur ces modalités de financement pour évoquer de nouveau la part liée à l'activité.

Demain dans les cliniques, les FSO, les prix de journées, l'ensemble des éléments qui aujourd'hui sont détaillés se retrouveront concentrés dans un seul et unique tarif qui s'appelle le Groupe Homogène de Séjour : le GHS.

Tout à l'heure j'ai évoqué le PMSI, j'ai évoqué le fait qu'un patient qui transite dans une structure se voit à la sortie affecté d'un Groupe Homogène Médico-économique qui s'appelle un Groupe Homogène de Malades, eh bien ce Groupe Homogène de Malades sera assorti d'un tarif :le GHS.

Exemple : le malade est admis pour arthroplastie de hanche et sort avec une prothèse totale. Le Groupe Homogène de Séjour sera « prothèse totale de hanche ». Le malade entre pour une appendicectomie, il a plus de 60 ans, il sort avec un GHS plus important que le patient qui a moins de 60 ans : « appendicectomie chez un patient âgé de plus de 60 ans ».

Les tarifs seront des tarifs nationaux. C'est un choix délibéré. En effet, aujourd'hui pour une activité identique, il n'y a pas un établissement qui soit financé de la même manière qu'un autre. Nous avons donc fait le choix d'un tarif national : un tarif national dans le secteur public et un tarif national dans le secteur privé. Ces deux tarifs ne sont pas identiques, les deux échelles tarifaires n'auront donc pas vocation à être comparées.

Elles n'ont pas le même contenu et notamment dans l'échelle de tarifs du secteur privé les honoraires en sont exclus.

Pour votre information, quelques éléments complémentaires sur lesquels je passe très vite :

- les journées supplémentaires : lorsque les patients résident dans l'établissement au-delà d'une durée habituelle, parce qu'il ne faut pas introduire une sélection des malades. Les plus âgés ou les plus précaires.

- les consultations, les actes externes. Pour ce qui vous concerne ce n'est pas une nouveauté, mais c'est une nouveauté pour le secteur public.

- les urgences : dans les cliniques privées elles étaient financées sous forme de forfait, qui couvrait la permanence des soins, avec un seuil en fonction de l'activité auquel s'ajoutait un forfait par passage. Le système de financement des cliniques ne bouge pas, c'est le système de l'hôpital qui rejoint celui des cliniques. Nous avons proposé à l'hôpital exactement le même mode de financement avec un forfait couvrant la permanence des soins et un tarif par passage, le financement des actes intervenant en sus. De la sorte, pour un service d'urgence autorisé par l'Etat, le patient qui se présente aux portes de l'hôpital ou aux portes de la clinique a exactement le même débours financier. On est donc, dans ce domaine des urgences, sur un champ pour lequel secteur public et privé sont traités de la même manière. Ce qui est naturel puisque la clinique dans ce cadre exerce une fonction de service public.

Voilà... les autres sigles vous concernent fort peu puisqu'il s'agit des prélèvements d'organes. Simplement un mot puisque cela vous intéresse en tant que citoyens : nous allons inciter aux prélèvements d'organes, car notre pays est en retard dans ce domaine.

Le dernier point, celui des médicaments et des dispositifs médicaux, pour lesquels nous avons fait le choix d'une liste de médicaments remboursés en plus.

Prenons un exemple : un patient qui vient se faire opérer d'une prothèse totale de hanche - revenons sur notre prothèse totale de hanche - et qui par ailleurs présente une hémophilie. Ce patient, dans la cohorte statistique du Groupe Homogène de Malades, se présente comme un patient particulièrement cher, uniquement par le fait qu'il faut lui prescrire des facteurs dérivés du sang. Le coût de l'hospitalisation sera beaucoup plus onéreux que le remboursement prévu par le tarif moyen. Nous risquons un « jeu » économique d'acteurs - pour autant qu'on puisse appeler cela un « jeu » - et un comportement de sélection adverse. Il n'est pas question de mettre en place un système tarifaire qui exclut un certain nombre de patients.

C'est dans cet objectif que nous rembourserons en sus un certain nombre de produits, maladies rares et certains médicaments particulièrement chers et innovants en particulier de chimiothérapie anticancéreuse.

Je voudrais maintenant, si le temps me le permet, faire un point de situation. Il va de soi que mettre en place une réforme de cette nature sur la base de tarifs nationaux perturbe l'équilibre économique des établissements. Il n'est pas imaginable d'aller du jour au lendemain – parlons pour les cliniques – d'un chiffre d'affaires actuel vers un chiffre d'affaires théorique à tarif national sans imaginer un dispositif de transition. L'hôpital public est dans la même situation.

Dans le secteur public, nous conservons une partie de la dotation historique. En l'occurrence, en 2004, 90 % de la dotation historique et nous finançons une partie, c'est-à-dire les 10 % restants, en fonction de l'activité. Et petit à petit, cette part va grandir au détriment de la part financée sous forme de dotations.

Dans les cliniques privées, nous avons été contraint techniquement par la réforme de la CCAM. Aujourd'hui les frais de salles d'opérations dans les cliniques sont intimement articulés à la cotation de l'acte NGAP et le passage à la CCAM désarticulait le lien entre vos actes et les frais de salles d'opérations. Donc nous avons fait le choix d'une bascule d'emblée sur un financement par les GHS à 100 %.

Toutefois l'effet revenus est géré. C'est un peu compliqué. Le principe est le suivant : à activité constante, basée 2002, le chiffre d'affaires réel et le chiffre d'affaires théorique doivent être identiques. Pour qu'il le soient alors que le chiffre d'affaires théorique est basé sur un tarif national, nous affectons ce tarif d'un coefficient correcteur qui fait passer du chiffre d'affaires théorique au chiffre d'affaire réel.

Par exemple, un établissement aujourd'hui qui aurait des tarifs en-dessous du tarif national se verra affecté d'un coefficient correcteur inférieur à 1 qui, petit à petit, l'amènera dans les huit ans qui viennent, au tarif national. A l'inverse, un établissement aujourd'hui surdoté par rapport au tarif national se verra affecté d'un coefficient qui baissera doucement jusqu'à se retrouver à la valeur de 1.

Voilà comment sera géré l'effet revenu dans les cliniques privées. Lorsque j'entends des établissements ou des professionnels de santé de ce secteur me dire qu'on passe à 100 % à la tarification à l'activité, la réponse est oui. Mais cela ne signifie pas que nous n'avons pas géré de la même manière et dans des conditions équivalentes l'effet revenus des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés.

Deux sujets complémentaires : nous sommes sur un calendrier très, très serré pour la mise en place de cette réforme au 1^{er} octobre. Vous savez que cette réforme signifie pour les cliniques la modification du système d'information de tarification et que cela est un enjeu, une gageure dans ces délais... Vous savez également que cela signifie la modification de tous les systèmes de liquidation des Caisses d'assurance maladie, des régimes complémentaires et c'est un énorme travail. C'est le sujet qui aujourd'hui, je dois vous dire, est pour le moi le plus prégnant, qui me soucie le plus.

Dernier point, si vous le voulez bien : vous verrez cet après-midi Alain COULOMB et j'en profite pour évoquer ce sujet. Le Ministre a souhaité la mise en place d'un Comité d'évaluation. Ce Comité d'évaluation aura pour objet – et je m'en réjouis – de regarder quel est l'impact de la réforme sur l'ensemble du dispositif de soins, sur l'offre de soins, sur l'évolution des activités, mais également sur la qualité. Ce Comité sera présidé par le Directeur Général de l'ANAES.

Je vais terminer sur ce point. La tarification à l'activité est une réforme fondamentale ; elle est fondamentale au plan économique, elle est fondamentale au plan de la prise de responsabilités de chacun des acteurs dans le secteur public mais également dans le secteur privé. Si de plus cette réforme de la tarification à l'activité nous permet de développer dans notre pays, enfin, des indicateurs de qualité et de se doter d'un dispositif qui éclaire ce sujet de la qualité des soins, elle aura rempli plus que son objectif.

Je vous remercie. (Applaudissements).

Jean Poi DURAND :

Vous restez avec nous jusqu'à quelle heure Mme AUSTIN ? Jusqu'au déjeuner. Donc ce que je vous propose malgré tout, c'est de répondre peut-être à une ou deux questions ponctuelles sur votre exposé de façon à ce qu'il n'y ait pas d'ombre. Qui souhaite la parole pour une ou deux questions et après on passera au témoignage. Oui, Madame ?

Questions – réponses avec la salle

- Je suis le Docteur BERR MATTEI, je représente la CME de la clinique Gaston METIVET à SAINT-MAUR, petit établissement qui est encore vivant et qui voudrait bien continuer à l'être. J'aimerais avoir une idée des perversions possibles de ce système afin de pouvoir y répondre avant qu'elles n'arrivent.

Martine Aoustin :

La T2A n'est pas faite pour faire mourir les petits établissements, pas plus d'ailleurs pour les faire revivre. Elle est faite tout simplement pour modifier le dispositif de financement de manière plus équitable, en lien direct avec l'activité. Le calcul que nous sommes en train de faire concernant le coefficient correcteur est fait en sorte qu'aujourd'hui nous ne devrions pas toucher à l'offre de soins de l'un ou l'autre secteurs.

C'est un autre sujet que celui de l'organisation de l'offre de soins. La planification existe, les SROS existent, et dans votre secteur, Madame, le marché existe et ça fait longtemps, (on n'a pas attendu la tarification à l'activité) pour que des restructurations voient le jour dans le secteur des cliniques privées sur d'autres critères.

Mais pour répondre plus précisément à vos questions, il y a des effets pervers à tout système tarifaire. Alors avant de répondre sur les effets pervers de la T2A, mais je vais le faire, je voudrais tout de même attirer votre attention sur les effets pervers qui existent dans le système actuel. C'est volontiers que je parle de l'avenir, c'est tout aussi volontiers que j'appelle à votre réflexion sur l'existant. En particuliers d'ailleurs sur le système des cliniques privées avec ses dispersions, avec son caractère incitatif sur les actes, sur les journées parfois.... Madame, nous sommes ici attachés au secteur privé et libéral, nous avons collectivement, à dynamiser l'ensemble de notre offre de soins. C'est notre responsabilité au niveau de l'Etat, que de dynamiser l'offre de soins dans sa globalité et donc le secteur sous DG. Or vous savez que ce secteur stabilisait son activité.

Les grands effets pervers d'une tarification forfaitaire sont connus :

- la segmentation des activités : plutôt que faire deux actes au cours du même séjour, vous allez multiplier les séjours,
- la limitation des durées de séjour ; c'est une bonne chose tant qu'elle n'est pas excessive.
- la sélection adverse que l'on connaît plutôt dans le monde des assurances mais qui est de même nature : la sélection des malades les plus lourds lorsqu'ils deviennent non rentables, ou même des malades les plus légers ou atteints de pathologies particulières lorsque le tarif est inadapté.

Notre travail, au-delà de l'évaluation que j'évoquais précédemment, consistera à faire en sorte que nos tarifs soient toujours en étroite relation avec la situation pathologique et la mobilisation de ressources requise pour réaliser la prestation nécessaire.

Jean Pol DURAND :

Attendez, je vois beaucoup de mains se lever. Martine Aoustin nous a dit qu'elle restait avec nous jusqu'à l'heure du déjeuner, donc on aura à nouveau ce débat-là mais avec les autres intervenants. Ce que je voudrais c'est juste deux trois questions histoire d'éclairer un petit peu son propos liminaire. Donc on s'en tiendra à ces trois questions mais je vous promets, à tous ceux qui ont levé la main, qu'on se retrouve à midi, on essaiera de tenir les horaires de façon à garder un long débat de trois quarts d'heure.

Maurice BENSOUSSAN :

Je suis Président à la Section spécialistes d'URML Midi-Pyrénées. C'est plus une question de psychiatre que je vais vous poser pour savoir où en est – puisqu'on est un peu latéral pour l'instant à la CCAM, y compris en clinique – où en est la T2A et la tarification à la pathologie pour les établissements psychiatriques privés ?

Martine Aoustin :

Monsieur, dans cette discipline, la classification PMSI en est à ses balbutiements, il faut être clair, c'est très compliqué la psychiatrie en terme de regroupements, c'est très compliqué d'élaborer une classification. Nous avons regardé en priorité ce que donnait la classification sur le sujet des soins de suite. Nous allons faire des efforts assez massifs sur les soins de suite parce que là nous avons une proximité MCO/soins de suite qui paraît évidente dans le cursus des malades ; autant aujourd'hui sur la psychiatrie, nous en sommes encore à l'élaboration des outils.

Jacques CATON :

Bonjour. Je préside l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône Alpes et le Président du Syndicat National des chirurgiens orthopédistes.

Il y a une question qui a trait au problème des dispositifs médicaux implantables. Les bruits les plus divers circulent sur ce problème des dispositifs médicaux implantables. Les SNITEM nous affirment que lors d'un entretien avec vous, en fin de semaine dernière, vous avez affirmé qu'en orthopédie les dispositifs médicaux implantables, c'est-à-dire les prothèses, étaient compris dans la T2A. Ce matin au Secrétariat d'Etat à l'assurance maladie on nous a dit que rien n'était encore fait là-dessus. Moi je voudrais vous mettre en garde et vous poser une question : où on en est ? deuxièmement, le Syndicat des chirurgiens orthopédistes qui regroupe l'ensemble des chirurgiens orthopédistes est opposé à l'inclusion des dispositifs médicaux implantables dans la T2A pour des raisons très simples. La raison majeure c'est que ça va remettre en cause la liberté de prescription des praticiens. C'est-à-dire que la tentation sera grande pour un Directeur d'établissement d'imposer un choix de prothèse ou de faire en sorte, lorsqu'on

est dans une clinique où il y a plusieurs chirurgiens orthopédistes, de prendre la prothèse mise par le chirurgien qui a la plus grosse activité et d'imposer aux autres chirurgiens de mettre cette prothèse-là. Donc ça remet en cause la liberté de prescription.

D'autre part, ça va remettre en cause aussi la dynamique de l'industrie. Vous savez qu'en France la chirurgie orthopédique est très dynamique, c'est la deuxième chirurgie dans le monde en termes de dynamisme si on compare notre activité par rapport à celle des Américains. Aujourd'hui des produits ne sont plus disponibles en France parce qu'ils sont trop chers et parce qu'on n'a pas réévalué le TIPS, par exemple les polyéthylènes haute densité dans les prothèses dont on sait que ça s'use moins ; là aussi il y a une perte de chance pour les patients.

Dernière chose : c'est l'amalgame qui est fait dans le GHS orthopédie où on met prothèse totale de hanche, prothèse du genou, fracture du col, etc., et ça pose d'énormes problèmes parce que ce n'est pas le même matériel et que ça sera remboursé de façon unique. Si vous pouvez répondre à ces questions qui me préoccupent beaucoup.

Jean Poi DURAND :

Au moins à une... mon petit doigt me dit qu'elle s'y attendait quand même quelque part à cette question, Martine...

Martine Aoustin :

Oui bien sûr. Premier point, Monsieur, vous me posez la question de savoir si les choses sont décidées ou si elles ne le sont pas. Moi j'ai à réaliser un travail dans ce domaine qui est un travail technique. Bien entendu j'éclairerai ma hiérarchie, nos décideurs, sur l'ensemble de ces points, au plan technique. Ce travail technique a pour objet de s'interroger sur : est-il possible statistiquement d'introduire des prothèses dans les groupes homogènes de séjours, oui ou non ? C'est-à-dire est-ce que une ou une autre prothèse est possiblement assimilable par l'ensemble du groupe homogène de séjour ? Cette position est-elle statistiquement valable ? Et je vais revenir à votre dernière question pour évoquer le sujet technique avant de revenir sur le sujet de la responsabilité et de l'autonomie décisionnelle, si je puis dire, du chirurgien.

C'est un petit peu compliqué... donc je vais essayer de vous expliquer. Monsieur connaît bien ce groupe homogène de séjour mais peut-être vous ne le connaissez pas tous. Je vais vous éclairer. Ce groupe homogène de malades porte le numéro « 295 ». Il cumule effectivement, et Monsieur a raison, à la fois les prothèses de genoux, les prothèses de hanches et même les prothèses d'épaules. Le sujet des prothèses d'épaules est relativement marginal. Le vrai sujet est lié au fait que ce GHM regroupe à la fois des prothèses de hanches et des prothèses de genoux. En facial, en première approche

c'est : attendez, Madame AOUSTIN, c'est en-dessous de tout votre affaire. Vous financez de la même manière une tri-comportementale de genoux et une prothèse totale de hanche (et encore parfois il n'y a pas de cupule).

Alors que lorsqu'on examine statistiquement le relief de ce groupe, il s'avère qu'il n'est pas « si mauvais que ça », tout simplement parce que les durées moyennes de séjour correspondant aux prothèses de genoux ne sont pas les mêmes que les durées moyennes de séjour correspondant aux prothèses totales de hanche, et ceci car les trois quarts du temps ces patients n'ont pas le même âge.

Ces patientes, plutôt, n'ont pas le même âge. Les prothèses totales de hanche économiquement sont à peu près au même tarif moyen compte tenu de ce différentiel de durée de séjour. Or je vous rappelle que nous travaillons sur des forfaits tout compris. Le différentiel de tarifs entre la prothèse de genoux et la prothèse de hanche peut fort bien être compensé par la durée moyenne de séjour.

Mais si cela doit correspondre à une demande ou si cela doit correspondre à... comment vous dire... à une meilleure appropriation des dispositifs, je vous dis tout net nous sommes prêts à le faire. Je n'ai pas dit que nous étions prêts à sortir l'ensemble des prothèses orthopédiques, j'ai dit que nous étions prêts à éclater autant qu'il le faut les groupes homogènes de séjour, ceci sans arriver à une tarification à l'acte car alors on aurait autant de groupes homogènes de séjour que d'actes à la nomenclature CCAM - 7.000 - et très honnêtement je crois que ce serait trop...

Je termine sur ce point pour vous dire donc que nous sommes en train de réaliser ces travaux techniques ; qu'encore une fois l'économicité d'un système comme celui-ci veut que nous intégrions dans le forfait le maximum d'éléments, laissant au producteur de soins la capacité de travailler, si je puis dire, en termes économiques au sein de ce forfait. Mais je comprends votre position, nous éclairons nos décideurs et je pense que la décision se fera à l'issue de ces travaux et en tenant compte de vos positions.

Jacques CATON :

Je vais reprendre le poste qu'on m'a assigné de Président de session pour appeler le Docteur Joël TROUILLAS , chirurgien orthopédiste et un élu de l'URML Languedoc-Roussillon. Il va nous parler des interrogations d'un chirurgien devant la T2A aujourd'hui.

Intervention de Joël TROUILLAS :

Merci Jacques, merci à tout le monde.

Tous les chirurgiens et tous les médecins travaillant dans tous les établissements n'ont pas eu le plaisir d'entendre la clarté de votre exposé, madame Aoustin. Il y a beaucoup

d'espérances dans la T2A avec le mot de fongibilité qu'on a entendu, mais aussi d'inquiétudes.

L'assimilation et la proximité des deux réformes que vous avez évoquées vont dans le sens de l'inquiétude. On ne sait pas du tout où l'on va. Bien souvent les médecins reposent leur angoisse relative à l'évolution des honoraires sur l'évolution du mode de tarification de leur établissement.

J'ai souhaité faire cet exposé sous la forme de « brèves de comptoir ». J'ai regroupé les questions, les interrogations en trois groupes.

Quelques réflexions un peu triviales, pour commencer : d'autres papiers à remplir, encore des papiers... est-ce que ça va être rémunéré ? La rémunération des activités transversales est là-dessous. Que vaudront nos actes ? C'est là où on rejoint l'évolution de la CCAM. Ces réflexions sont présentes.

Et puis des réflexions un peu plus conceptuelles : est-ce que nous allons réellement bénéficier de l'harmonisation entre les deux secteurs ? On sait bien que nos honoraires ne seront pas inclus mais on entend : Est-ce que l'ensemble des honoraires des médecins libéraux grosso modo vaut l'enveloppe des salaires attribués aux médecins dans l'hospitalisation publique ? Les enveloppes budgétaires seraient, paraît-il, assez proches. Et si l'on comparait l'évolution de toutes ces enveloppes, on aurait peut-être intérêt, dans le secteur privé, à tirer bénéfice d'une harmonisation dans la mesure où le nombre d'actes resterait supérieur ?

La grande inquiétude que l'on entend très souvent : est-ce que nos honoraires vont aussi évoluer ou est-ce que c'est simplement les établissements qui vont tirer bénéfice de cette fongibilité ?

Ensuite un grand doute apparaît. On entend bien sûr les aménagements que vous avez évoqués madame Aoustin. Mais on peut dire que des infirmières sont aussi formées dans des établissements privés, il existe aussi des écoles d'infirmières privées. Des travaux de recherche se font aussi dans le secteur privé. Il est prévu qu'il y ait justement une possibilité de financement de ces activités, vous nous l'avez dit. Mais par exemple la chirurgie célioscopique a explosé dans le privé, historiquement c'est totalement incontestable ; la chirurgie ambulatoire, ce n'est pas de la recherche, c'est un mode d'exercice, mais c'est le privé qui a été dynamique. Donc aller de l'avant, aller dans le sens d'une recherche, le privé en est capable.

Par ailleurs, s'agissant des activités donnant des soins à des personnes en difficultés, on connaît aussi. Il existe des cliniques dans des coins reculés avec des chirurgiens qui exercent en secteur 1 et qui sont amenés à donner des soins à des gens qu'on ne peut pas traiter en ambulatoire parce qu'il faut leur trouver un placement, ils sont seuls chez eux, ...

Il faut qu'on discute de l'influence potentiellement grave sur les durées de séjour, des effets pervers ; allons-nous avoir des aiguillons nous disant : il faut faire sortir les malades un petit peu plus vite avec des contreparties sur les aides opératoires... il y a des outils de dépendance d'un gestionnaire d'établissement envers les médecins qui peuvent être efficaces. Enfin, le choix de certaines pathologies ne va-t-il pas être imposé ? En même temps, les médecins qui les traitent ?

Cette réforme nous paraît devoir être a priori très juste et Pascal disait : « quand le juste n'est pas juste, le plus fort devient plus fort ». Il faut faire attention à cela. Voilà, merci.
(Applaudissements)

Jacques CATON :

Merci Joël.

J'appelle Jean-Paul ORTIZ pour parler des :

Enjeux et perspectives de la T2A : les questionnements pour le futur.

Jean-Paul ORTIZ est Président de la Section Spécialistes de l'URML Languedoc-Roussillon. C'est aussi un élément important dans la prise en charge des problèmes de l'hospitalisation privée et au niveau de l'UMSP CSMF.

Intervention de Jean-Paul ORTIZ :

Un peu dans le même type de questionnement que ce que nous venons de voir avec Joël TROUILLAS, je voudrais tracer les perspectives en termes d'évolution de ces tarifications à l'activité en tant que médecins. J'ai essayé de les cibler sur quatre points :

- le premier c'est le statut du médecin libéral aujourd'hui ;
- le deuxième, et ce sera le point central, celui de la convergence tarifaire ;
- le troisième, le patient parce qu'il faut en parler ;
- le quatrième, le payeur, et Dieu sait si aujourd'hui est important.

Le statut libéral aujourd'hui

Pour le statut libéral aujourd'hui, dans la mise en place de la T2A, c'est très clairement l'enjeu du coût de la pratique. Pourquoi ? Parce que, Martine AOUSTIN nous a expliqué, qu'effectivement la T2A et la CCAM étaient deux réformes à peu près concomitantes dans le temps, en tout cas nous l'espérons : vous savez que le problème n'est pas réglé et que pour l'instant la CCAM est dans sa phase finale de négociation ; l'accord syndical est loin d'être obtenu et vous savez que dans l'immédiat, au niveau syndical, nous appelons à ne pas coder en CCAM tant que cet accord n'est pas obtenu de façon à maintenir effectivement la revendication de revalorisation des honoraires.

Un point rapide sur la CCAM : la valeur de l'acte, autrement dit ce que vous allez toucher en fonction de votre activité, est basée sur un point travail qui est un point travail unique pour tous, dont la négociation de la valeur est en cours. Alors les bruits courent autour de 0,40 et quelques centimes d'Euros, et semaine après semaine il semble qu'on gagne peut-être 1 centime d'Euro dans les négociations avec les Caisses. Bref, cette valorisation unique pour toutes les spécialités sera affectée d'un coût de la pratique, et ce coût de la pratique est un coût différent par spécialité, parce que nous avons chacun des charges différentes par spécialités.

Ce coût de la pratique comment l'a-t-on calculé ? On l'a calculé sur des données constatées sur 2002, sur la base des études économiques de la DREES, sur la base des impôts, etc. Il est clairement lié à l'exercice médical actuel. Or, dans le cadre de la T2A, nous allons avoir des éléments qu'il faudra préciser, puisque le coût de la pratique va impacter directement sur la valeur de l'acte médical, nous devons avoir très clairement les champs définis : ce qui revient à la charge de l'établissement dans le cadre de la T2A et de sa tarification, et ce qui revient à la charge du médecin dans le cadre de son coût de la pratique, puisque dans les deux cas cela aura un impact tarifaire.

Il faut bien reconnaître que dans ce cadre-là nous allons avoir des évolutions au fil du temps et je prendrai deux exemples :

- le premier est celui des aides opératoires avec des aspects réglementaires qui ont forcément augmenté le coût de la pratique pour les chirurgiens
- ou à l'inverse celui des endoscopes où, il y a quinze ou vingt ans l'ensemble des gastro-entérologues étaient propriétaires de leurs appareillages alors qu'aujourd'hui l'immense majorité des endoscopes sont devenus la propriété des établissements en raison des contraintes sécuritaires, ce qui a d'ailleurs modifié les modalités de redevances.

Tout ce champ-là qui a bougé devra être constamment suivi pour que ces aspects tarifaires puissent évoluer dans le temps.

La convergence tarifaire

La T2A se met en place progressivement dans l'hôpital public, mais en hospitalisation privée en totalité à partir d'octobre 2004 ; si la modalité est la même, le tarif n'est pas le même. Alors on nous dit à juste titre : attention il n'y a pas que les honoraires donc on est dans des champs différents. J'entends bien. Néanmoins un certain nombre d'experts se sont longuement penchés sur ces données, l'expérimentation en Languedoc-Roussillon en 1993, 1994, 1995, avait bien montré qu'il y avait un différentiel et ces comptes rendus ont été largement discutés La Commission MAROT qui travaillait à l'époque sur le concept de tarification à la pathologie avait également beaucoup travaillé sur ces aspects : même en excluant la dotation globale de l'hôpital public les fameux 13 % que la commission MAROT avait estimés à la louche, correspondant à ce qu'on pourrait aujourd'hui intégrer dans les MIGAC. Il semblerait que par rapport à un tarif de référence, l'hôpital public serait « globalement sur-doté de 10 % » et l'hospitalisation privée serait sous dotée de 20 %. Ce qui fait quand même un différentiel de 30 % !

Autrement dit, un jour ou l'autre il faudra bien se poser la question de la convergence tarifaire. Et la convergence tarifaire, pourquoi ? Parce que les enjeux financiers sont majeurs. Il est vrai que le différentiel de coût est très contesté, légitimement, des deux côtés. Il nous faudra donc bien définir les missions spécifiques de chaque secteur. Et on se rend compte aujourd'hui –et je m'en félicite- que l'hospitalisation privée a vu ses missions s'élargir et rentrer dans des champs de missions traditionnellement dévolues à l'hospitalisation publique. L'exemple en est bien sûr les urgences. La formation des IDE : on commence à voir l'hospitalisation privée y participer. On parlait tout à l'heure de la recherche et de l'innovation, force est de constater que dans les dernières années ils n'ont pas été l'apanage exclusif du secteur public. Les missions sont de plus en plus partagées par les deux secteurs.

Et se pose très clairement la question des MIGAC. Est-ce que ce gadget ministériel ne va pas être le cheval de Troie de l'hôpital public pour contourner la T2A, gonfler les MIGAC et réduire la partie financière à l'activité à une portion congrue, et on connaît très bien l'importance et le poids politique de nos amis de l'hôpital public et leur grande facilité d'adaptation et de pression au niveau des choix politiques.

Que sont les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ? Martine Aoustin nous dit qu'elles seraient éventuellement accessibles à l'hospitalisation privée, mais si le discours est assez clair, c'est surtout pour le public. Pour quoi faire ? Définissons-le. Mais surtout combien ? Parce que la Commission MAROT avait parlé de 13 % mais très clairement maintenant on commence à dire : c'est probablement plus que 13. Alors on va monter la barre à combien ? Et la T2A à l'hôpital public va rester sur quelle partie ?

La deuxième piste de réflexion est dans le cas d'une convergence tarifaire, la nécessité d'avoir des champs qui soient les mêmes. Et à ce moment-là il n'y a pas 36 solutions. Soit on intègre les honoraires médicaux pour l'hospitalisation privée, soit on isole la partie d'activités médicales à champs correspondants pour l'hospitalisation publique. Quand on travaille sur cette deuxième hypothèse, comme MAROT l'avait fait, on se rend compte que c'est extrêmement compliqué parce que dans les honoraires médicaux de l'hospitalisation privée il y a le laboratoire, la radiologie, etc...ce qui voudrait dire pour l'hospitalisation publique isoler une partie très importante non seulement de personnel médical, paramédical, etc... mais surtout d'investissements et de fonctionnement, ce qui nécessiterait de la part de l'hôpital public une comptabilité analytique très précise que nous n'avons pas.

Et s'il n'y a pas convergence ? Quel est l'intérêt de la T2A ? Il est clair, au niveau national, qu'elle va permettre de gommer les inégalités tarifaires et de ce point de vue là on ne peut que s'en féliciter puisque nous aurons un tarif national unique, certes avec un coefficient correcteur destiné à gommer dans le temps ces inégalités, mais nous allons vers une équité intra et inter-régionale.

Dans le contexte actuel, sans convergence, l'intérêt de la T2A c'est la restructuration de l'offre de soins. Nous verrons enfin apparaître dans l'hôpital public des hôpitaux sur dotés à activité faible. Je ne connais pas bien Sainte-Affrique mais j'ai tendance à penser que l'hôpital de Sainte-Affrique en T2A aura probablement une dotation un peu plus faible que son coût de fonctionnement actuel : ce genre d'hôpitaux locaux ont probablement tendance à coûter cher à la collectivité. Cela permettra certainement de restructurer l'offre à partir de cela et au contraire... et j'entends tout à fait la revendication

des hôpitaux publics qui sont sous-dotés, de leur donner une dotation qui corresponde à leur dynamisme, ce qui semble complètement légitime.

Sur l'hospitalisation privée, si la T2A a un effet financier en termes de restructuration, où allons-nous ? Elle est déjà exsangue, la restructuration s'est déjà faite. S'il n'y a pas de convergence, soyons clairs : l'hospitalisation privée va se restructurer par sa disparition.

Alors travaillons sur la convergence et dans ce cadre-là, qu'allons nous devenir, nous médecins ? Si nous partons sur l'idée d'avoir des honoraires sous la forme de forfaits avec la même modalité que le GHS, des questions fondamentales sur le statut libéral se posent. Un seul tarif « honoraires médicaux » pour un GHS, comment l'imaginer alors que les pratiques sont extrêmement diverses ? C'est la richesse de notre médecine ! Alors que nous l'avons vu tout à l'heure, le tamis par le GHS est extrêmement grossier, (nous sommes à tout juste 600 GHS, autrement dit 600 tarifs différents pour l'ensemble de l'activité) C'est 7300 actes, même si ça n'a rien à voir, parce qu'un acte médical ne va pas générer un GHS et un GHS ne correspond pas à un seul acte. On voit bien qu'effectivement on est quand même dans des champs qui sont d'une grossièreté ou d'une finesse totalement incomparables.

Deuxième point : comment va-t-on isoler des intervenants occasionnels s'il y a un forfait par GHS ? Le cardiologue qui vient une fois sur dix, l'endocrinologue qui vient une fois sur cent, etc... Est-ce qu'on va travailler sous forme de forfait ? Et à ce moment-là quid de l'acte générant un paiement et d'un paiement correspondant à un acte, si on est rémunéré sur une modalité de forfait...

Troisième point : quid des relations entre les médecins prescrits et les médecins prescripteurs ? La biologie, la radiologie, etc... avec tout ce qu'on peut imaginer de dérives !

Quatrième point : pour l'externalisation, par exemple les bilans préopératoires, les pratiques sont très différentes. Là aussi, si on a un tarif unique au niveau honoraires, comment arriver à intégrer ça ?

Il est vrai que l'intégration des honoraires dans la T2A permettrait facilement de rémunérer les fonctions transversales : c'est une revendication que nous faisons depuis longtemps, c'est du temps médical qui a été quantifié - qui est important et qui aujourd'hui est fait de façon bénévole. Il faudra bien qu'un jour ou l'autre, et le plus tôt serait le mieux, avant que ça ne craque, que nous rémunérions ce temps médical passé sur le CLIN, sur la vigilance, etc., que nous faisons actuellement « pro déo » alors qu'à l'hôpital public nous avons vu une avalanche de postes médicaux qui ont été créés pour ça.

Autre question fondamentale : si nous travaillons sur une convergence, il est clair que c'est pour un gain. Et s'il y a un gain, comment allons-nous le répartir entre une hospitalisation privée exsangue dont tous les secteurs économiques s'accordent à dire qu'elle est dans le rouge, et des praticiens dont les honoraires sont bloqués depuis huit, dix, douze, quatorze ans. Quelle règle de répartition ? Si l'ensemble du secteur est doté en plus, comment allons-nous arriver à nous « partager le gâteau » ?

Et dans ce contexte-là, alors qu'aujourd'hui la T2A concerne uniquement l'établissement, quel sera notre avenir en termes de statuts ? Clairement on peut se poser la question du statut libéral si nous évoluons vers une rémunération forfaitisée. Peut-être vers ces hybrides dont les technocrates du ministère sont friands, mariant la carpe et le lapin, ces fameux groupements de coopération sanitaire.

Et je pose la question très clairement : l'efficacité de l'hospitalisation privée est certes liée au dynamisme de sa gestion, mais elle est surtout liée au dynamisme de son équipe médicale. La convergence statutaire ne va-t-elle pas faire perdre son efficacité à ce secteur et cela ne risque-t-il pas d'avoir des effets catastrophiques pour la collectivité ?

Le patient

Et le patient dans tout ça ? Avec la modalité de rémunération actuelle, il a certainement gagné puisqu'on a pu développer la chirurgie ambulatoire mais il a aussi perdu parce que la situation actuelle a engendré des situations difficiles en particulier en obstétrique. On peut se poser la question de l'évolution avec la T2A. Très clairement il y aura une pression sur la DMS et il importe de définir des DMS cibles. Le danger est bien sûr la standardisation des pratiques, la pression permanente sur la DMS. Il faudra être très vigilant. Ce sera l'enjeu des interventions de cet après-midi sur la satisfaction du patient et la qualité des soins apportés.

Il est clair aussi que des activités sont rentables et d'autres le sont peu. Donc il risque d'y avoir des sélections de patients, des réorientations stratégiques qu'il faudra suivre, avec des suppressions d'activités. Dans le cas des suppressions d'activités, quid des médecins qui les développent lorsque ça se fera sur des critères économiques ?

Une dernière réflexion concerne justement l'articulation CCAM/NGAP. La T2A est basée aujourd'hui sur des GHM qui ont été définis sur une tarification issue de la NGAP. Nous allons évoluer pour les honoraires médicaux vers une CCAM qui a un effet restructurant. C'est à dire que très clairement, il va y avoir certaines activités qui sont aujourd'hui très mal valorisées en termes d'honoraires médicaux, qui vont remonter.

Mais à l'inverse, vous savez qu'au niveau syndical la position est claire, nous souhaitons même si la CCAM doit avoir un effet restructurant, éliminer toutes les pertes pour les spécialités concernées ; à l'inverse vous aurez des activités qui sont aujourd'hui mieux valorisées dont la valorisation va diminuer. Ce qui veut dire que la CCAM va avoir un effet restructurant sur l'activité médicale ; mais ceci va se faire de façon déconnectée de l'établissement qui lui voit sa tarification basée sur les anciennes données de la NGAP. Ce qui veut dire aussi que cette restructuration de l'activité médicale devra être clairement suivie parce qu'il y aura des nécessités d'adaptation tarifaire en fonction de l'évolution des tarifs des uns et des autres.

Le payeur

Aujourd'hui le payeur est aveugle. Il reçoit des factures, ce sont des K, il ne sait pas ce qu'il y a derrière, il rémunère l'établissement avec des lettres clefs sans savoir à quoi ça correspond. La T2A va le transformer en payeur éclairé et on ne peut que s'en féliciter puisqu'il va avoir l'apport du PMSI avec la facturation et l'apport de la CCAM avec le codage. Ce qui est quand même fondamental. Et la T2A représente donc certainement en terme d'avenir un enjeu majeur en matière de maîtrise médicalisée des dépenses, bien sûr en contrôlant la qualité.

Je vous remercie (applaudissements).

Jacques CATON :

Je crois qu'il faut remercier Jean-Paul ORTIZ pour cette vision très complète et cette analyse critique tout à fait pertinente du problème de la T2A et de ses enjeux à la fois pour le privé, pour le public, pour les praticiens. On aura l'occasion de discuter de tout cela.

Pour la dernière intervention, M. Benoît DERVAUX du CRESGE de LILLE, je crois que c'est une enquête qui a été commanditée par l'URML Languedoc-Roussillon :

Mise en place d'un système de tarification de l'activité : une analyse économique des implications pour l'hospitalisation privée en France.

Intervention de Benoît DERVAUX :

Introduction

Objectifs

Après la phase d'expérimentation en 2003, le système de tarification à l'activité (T2A) a été mis en place en France en janvier 2004 pour l'hospitalisation publique et s'appliquera aux cliniques privées avant la fin d'année 2004 (la date prévue étant le 1^{er} octobre). La littérature économique consacrée aux implications du mode de financement sur les modes de coordination entre médecins et établissements hospitaliers est peu abondante au niveau international et inexistante en France. Nous avons donc cherché à développer une analyse directement adaptée au cas français. Le travail proposé est une modélisation théorique des comportements économiques des principaux acteurs des établissements hospitaliers face à la réforme du mode de financement. **Dans un premier temps, nous avons analysé l'impact du passage à la T2A sur le mode de coordination entre médecins et gestionnaires d'établissements dans les deux secteurs d'hospitalisation (privé et public). Nous avons ensuite étudié de manière théorique l'impact de cette réforme sur la concurrence entre les deux secteurs.**

Choix méthodologiques

Le passage d'un système de paiement à l'acte ou à la journée, tel que celui existant en France actuellement pour l'hospitalisation privée, à un système de paiement à l'activité est susceptible d'avoir des implications profondes pour les différentes catégories d'acteurs concernés. Les cliniques qui se voient proposer un tel changement ainsi que les médecins qui y exercent sont certes les premiers concernés, mais l'adoption d'un système T2A, c'est-à-dire un système dans lequel les producteurs de soins reçoivent un montant forfaitaire pour assurer le suivi d'un patient durant un séjour hospitalier, n'est pas sans conséquence pour les patients qui se font soigner dans ces établissements et encore moins pour les organismes qui assurent leur financement.

Les questions que suscite un tel changement de mode de tarification sont dès lors nombreuses. Pour les cliniques et les médecins se pose la question de leur intérêt sur le plan financier à l'adoption de la T2A, et plus généralement de l'impact sur les conditions d'exercice de leur activité. Pour les patients, les questions suscitées par un tel changement se rapportent aux modifications dans la qualité des soins qui leur sont prodigués et, également, à l'impact sur la part des dépenses qui restent à leur charge. Les organismes financeurs qui, en général, sont à l'origine du passage à la T2A, doivent quant à eux veiller à son impact sur le montant des dépenses de soins et, davantage encore, à la capacité du système mis en place à posséder effectivement les vertus économiques que l'on prête généralement à ce mode de financement.

La T2A, et plus généralement l'emploi de systèmes de paiement de type prospectif, a généré un nombre important de travaux économiques. Nous avons dès lors fait le choix dans cette note non pas d'aborder de front les différentes questions suscitées par la tarification à la pathologie, mais de focaliser l'analyse sur un point peu traité dans la littérature et qui pourtant apparaît central pour les cliniques et les médecins qui y exercent leur activité: dans quelle mesure l'adoption d'un système de paiement à la pathologie est-il susceptible d'influer sur la façon dont ces derniers coordonnent leur activité dans le cadre de la production jointe que constitue le suivi d'un patient lors d'un séjour hospitalier. En effet, si un patient est hospitalisé avant tout pour que soient effectués un certain nombre d'actes chirurgicaux et/ou médicaux, aucun séjour ne peut avoir lieu sans les moyens (lits, plateau technique, soins infirmiers,...) et la logistique (hébergement, restauration) mis à disposition par la clinique. Dès lors, si l'adoption d'un système de paiement à la pathologie incite l'un des deux partenaires à modifier son activité, ceci a clairement des répercussions pour l'autre, soit à travers une influence directe sur les conditions d'exercice de son activité, soit à travers l'impact sur la demande émanant des patients.

L'analyse conduite s'appuie une formalisation inspirée de celles utilisées par Custer et al. et par Dor et Watson tout en étant adaptée au contexte du mode de financement de l'hospitalisation en France. La modélisation se décompose en deux étapes. La première traite de l'impact du passage à la T2A sur les modes de coordination entre médecins et gestionnaires au sein d'un établissement (privé ou public) considéré isolément. Nous abordons ensuite la mise en concurrence des deux secteurs qui se partagent la demande. Les caractéristiques de ce modèle peuvent être décrites succinctement de la façon suivante :

- 2 x 2 agents : clinique privée et hôpital public composés chacun d'un médecin et d'un gestionnaire représentatif qui coordonnent leurs activités pour traiter une population homogène de patients
- 2 x 2 variables de décision : les médecins (du privé et du public) décident de leur niveau d'effort ; les gestionnaires de la clinique et de l'hôpital décident du niveau de ressources mis à disposition (personnel, infrastructure, plateau technique ...)
- 2 x 2 objectifs économiques : le médecin et la clinique privée maximisent leur profit, le médecin et l'hôpital public maximisent leur utilité. Chacun prend en compte la satisfaction des patients dans sa fonction objectif au travers de l'impact sur la demande
- 2 types de financement :

- **avant la réforme T2A** : paiement à l'acte pour le médecin en clinique privée, forfait technique et paiement à la journée pour la clinique, DGF pour l'hôpital public
- **après la réforme T2A** : paiement à l'acte pour le médecin en clinique privée, forfait GHS pour la clinique et l'hôpital

Cette formalisation se veut à la fois synthétique et capable d'appréhender les traits essentiels du contexte de l'hospitalisation privée en France. S'il est clair qu'elle ne peut prétendre capturer l'ensemble des interactions entre médecins et cliniques, elle permet néanmoins d'analyser et de comprendre les implications essentielles du passage d'une tarification à l'acte ou à la journée à une tarification à l'activité. En particulier, nous conserverons tout au long de l'analyse les deux options suivantes.

La première option est de considérer que le passage à la T2A maintient a priori les niveaux de paiement antérieurs. Ce choix de conserver une neutralité budgétaire s'explique par notre volonté de concentrer l'analyse sur les implications du changement de tarification liées à la modification du comportement des acteurs. Les effets liés plus directement à l'éventuelle amélioration ou dégradation des conditions de rémunération suite au changement de mode de tarification viennent en quelque sorte s'ajouter ou se soustraire à ceux étudiés dans cette analyse.

La seconde option conserve l'hypothèse de l'existence d'une double échelle tarifaire telle qu'elle existe aujourd'hui. Sans perte de généralité, nous supposons que les tarifs associés à l'échelle privée seront plus faibles que ceux du secteur public. Ce choix s'explique par la différence constatée aujourd'hui entre les coûts des deux secteurs.

Il convient enfin de noter que les implications d'un changement de mode de tarification et, plus généralement, l'ensemble des choix opérés par le médecin et la clinique dépend étroitement de leur capacité à coopérer. Nous avons en fait considéré à ce niveau 3 cas de figure :

- **Absence de coopération – équilibre de Cournot** : Ce cas correspond à une situation dans laquelle le médecin et la clinique exercent leur activité sans véritablement se soucier des choix opérés par le partenaire. Chacun d'entre eux considère alors qu'il ne peut influencer sur les choix de son partenaire. Les choix opérés par le médecin en terme d'intensité des soins et de durée d'hospitalisation sont alors considérés comme fixes par le responsable de la clinique. De même, les choix opérés par la clinique en termes de niveau d'inputs sont considérés comme fixes par le médecin.
- **Médecin leader dans la relation médecin-clinique** : Ce cas correspond à une situation dans laquelle le médecin a conscience qu'en choisissant habilement son intensité des soins et sa durée d'hospitalisation, il est capable d'inciter la clinique

à opérer des choix en matière de niveau d'inputs davantage conformes à son intérêt en tant que médecin. Le médecin agit alors en leader. La clinique conserve elle un comportement identique à celui décrit dans le premier cas de figure correspondant à l'équilibre de Cournot.

- **Coopération entre médecin et clinique** : Ce dernier cas correspond à une situation dans laquelle le médecin et la clinique coopèrent pleinement dans le sens où chacun d'entre eux est prêt à sacrifier son propre intérêt, si cela permet d'améliorer la situation globale du couple médecin-clinique. Ce cas de figure peut à la fois correspondre à une situation où les intérêts de la clinique et du médecin sont étroitement liés (le médecin possède des parts dans la clinique) ou à une situation dans laquelle le médecin et la clinique sont parvenus à un accord sur la façon de partager les bénéfices issus de la coopération.

Impact du passage à la T2A sur le mode de coordination entre médecins et gestionnaires
--

Dans cette première partie de la modélisation, chaque secteur est considéré isolément. Les possibles interactions entre les deux secteurs seront étudiées par la suite.

A. Analyse de la clinique privée

1. Présentation du modèle

Les variables de contrôle :

Le niveau d'effort du médecin. Le médecin décide de son niveau d'effort entendu comme une intensité des soins, un nombre d'actes par jour (consultations, examens, interventions médicales ou chirurgicales...)

Le niveau de ressources engagées par la clinique. Le gestionnaire décide du niveau de ressources entendues comme le personnel paramédical, administratif et technique, le nombre de lits, l'infrastructure et le plateau technique...

Les autres variables

La durée de séjour. La durée d'hospitalisation est considérée dans une relation inverse au niveau d'effort du médecin. Nous considérons que la prise en charge d'une pathologie nécessite un volume fixé d'actes et qu'une augmentation du nombre d'actes par jour permet de réduire la durée d'hospitalisation.

La demande

La demande traduit la satisfaction des patients. Celle-ci dépend du niveau d'effort proposé par le médecin et du niveau de ressources mobilisé par la clinique

Le comportement économique du médecin et de la clinique.

Le médecin et la clinique font leur choix en termes de niveau d'effort et de volume de ressources mobilisées en vue de maximiser chacun leur fonction-objectif :

pour le médecin, demande et marge par acte

pour la clinique, demande et marge par patient (revenu – coût) moins le coût fixe. Le revenu de la clinique est composé d'un forfait technique auquel s'ajoute un paiement lié au nombre de journées avant la réforme T2A alors qu'il devient purement forfaitaire après

2. Passage d'une absence de coopération à une coordination avec médecin leader

Avant la réforme T2A

Par rapport à un équilibre dans lequel médecin et clinique ne coopèrent pas, le leadership du médecin dans leur mode de coordination entraîne :

- Une diminution du niveau d'effort du médecin, une augmentation de la durée de séjour et une augmentation du volume de ressources mobilisées par la clinique
- Lorsque le médecin est leader, sa fonction-objectif s'améliore toujours. La variation du profit de la clinique est indéterminée
- L'impact sur la demande est indéterminé. Le patient peut gagner ou perdre à ce changement de mode de coordination avant la réforme

Après la réforme T2A

Par rapport à un équilibre dans lequel médecin et clinique ne coopèrent pas, le leadership du médecin dans leur mode de coordination entraîne :

- Une augmentation du niveau d'effort du médecin, une diminution de la durée de séjour et une augmentation du volume de ressources mobilisées par la clinique
- Après la réforme, les fonctions-objectif du médecin et de la clinique s'améliorent toutes les deux
- L'impact sur la demande est positif. Le patient tire profit de ce changement de mode de coordination

3. Passage d'une absence de coopération à une coopération médecin/clinique

Avant la réforme T2A

Par rapport à un équilibre dans lequel médecin et clinique ne coopèrent pas, le passage à la coopération entraîne :

- un impact indéterminé sur le niveau d'effort du médecin, la durée d'hospitalisation et le volume de ressources mobilisées par la clinique
- permet d'augmenter le profit joint du médecin et de la clinique mais la variation des profits individuels peut être positive ou négative
- un impact sur la demande indéterminé. Le patient peut gagner ou perdre à la coopération entre médecin et clinique avant la réforme

Après la réforme T2A

Par rapport à un équilibre dans lequel médecin et clinique ne coopèrent pas, le passage à la coopération entraîne :

- Une augmentation du niveau d'effort du médecin, une diminution de la durée de séjour et une augmentation du niveau d'inputs de la clinique
- Après la réforme, le profit joint augmente mais également les profits individuels du médecin et de la clinique
- L'impact sur la demande est positif. Le patient tire profit de ce changement de la coopération après la réforme

3. Conclusions sur l'impact de la réforme

- Le médecin a toujours intérêt à être leader dans sa relation avec la clinique, alors que la clinique peut tirer profit d'une absence de coopération avant la réforme. Avec le passage à la T2A, la clinique peut avoir intérêt à ce que le médecin assure le leadership dans le cas où la coopération est impossible. Ce résultat repose sur un effet de synergie de leurs actions après la réforme T2A lié au rôle de la durée de séjour dans le financement de la clinique
- En coopération, le profit joint est plus élevé en T2A qu'avant la réforme. Le passage à la T2A renforce donc les incitants à la coopération entre médecins et gestionnaires
- La T2A assure au médecin et à la clinique un profit individuel supérieur en cas de coopération alors que ceci ne vaut pas avant la réforme. La coopération entre le médecin et la clinique présente moins de risque en T2A qu'avant la réforme (négociation des gains)

- Si le passage à la T2A conduit à plus de coordination entre médecin et gestionnaire de clinique alors la satisfaction des patients augmente ce qui accroît la demande
- Les résultats précédents supposent la neutralité budgétaire lors du passage à la T2A.
- Ils restent valides si le tarif T2A est supérieur à la rémunération par patient avant la réforme.
- Dans le cas contraire, la clinique peut ne pas bénéficier du passage à la T2A (valeur/activité)

B. Analyse de l'hôpital public

1. Présentation du modèle

La modélisation de l'hôpital public reprend pour l'essentiel les mêmes éléments que ceux développés pour la clinique privée. Seuls les objectifs économiques du médecin et du gestionnaire diffèrent.

Le comportement économique du médecin et du gestionnaire à l'hôpital public

Médecin et hôpital font leur choix en termes de niveau d'effort et de montant d'inputs en vue de maximiser chacun leur fonction-objectif composée :

pour le médecin, de la demande et du coût lié à l'effort (coût psychologique, coût d'opportunité) qui dépend du niveau d'effort et du niveau d'inputs offert par l'hôpital

pour l'hôpital, de la demande sous une contrainte budgétaire. Budget global puis tarification à l'activité après la réforme

Remarque : dans ce modèle, nous étudions uniquement une coordination non coopérative dans le secteur public. Cependant, les résultats pourraient être facilement étendus au cas d'une coordination leader/suiveur entre médecins et gestionnaires dans le public

2. Impact du passage à la T2A en absence de coopération médecin/hôpital

Sous l'hypothèse d'une neutralité budgétaire lors du passage à la T2A, nous obtenons les résultats suivants :

- **Si la demande est sensible** au niveau de ressources mobilisées à l'hôpital :
 - Le niveau d'effort du médecin augmente, la durée d'hospitalisation diminue et le niveau d'inputs de l'hôpital augmente
 - La T2A améliore la satisfaction du médecin et de l'hôpital

- La satisfaction des patients augmente ce qui se traduit par une augmentation de la demande
- **Si la demande est peu sensible** au niveau d'inputs proposé par l'hôpital, la T2A n'a pas d'impact dans le secteur public

Ces résultats peuvent être étendus à d'autres hypothèses sur la valeur du tarif T2A (non neutralité budgétaire). Nous considérons les deux cas polaires :

- **Tarif T2A supérieur au coût moyen** par séjour avant la réforme :
 - L'hôpital bénéficie toujours de la T2A et le médecin aussi
- **Tarif T2A inférieur au coût moyen** par séjour avant la réforme :
 - => 2 cas de figure selon la valeur du coût variable
 - Tarif T2A < coût variable : l'hôpital fait faillite
 - Tarif T2A > coût variable : l'hôpital doit réduire son volume de ressources mobilisées => baisse de la demande

Impact du passage à la T2A sur la concurrence entre clinique privée et hôpital public

Dans cette dernière partie, nous analysons la mise en concurrence entre les deux secteurs d'hospitalisation.

A. Présentation du modèle

Le patient choisit la clinique ou l'hôpital en comparant la satisfaction qu'il retire des choix offerts par le privé et le public (niveau d'effort du médecin, niveau de ressources mobilisées) et en intégrant aussi une préférence individuelle pour le privé ou le public

La demande totale est supposée fixe et totalement satisfaite. Si la demande de la clinique augmente, celle de l'hôpital diminue et inversement

Type de concurrence entre cliniques et hôpitaux : on considère un modèle de concurrence où chacun des acteurs considère qu'il ne peut pas influencer les choix de l'autre

A. Impact de la réforme sur la répartition des parts de marché

1. Absence de coopération médecin/clinique

- **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public**

- Le couple médecin/clinique ne réagit pas initialement au passage à la T2A
- L'hôpital public réagit en augmentant le niveau d'inputs, le médecin réagit en augmentant son niveau d'effort : **la demande de l'hôpital public augmente**
- Le couple médecin/clinique réagit à la perte de demande en augmentant le niveau d'effort et le niveau d'inputs : **le couple médecin/clinique récupère une part de la demande perdue mais pas la totalité**

A l'équilibre final, l'hôpital public a gagné des parts de marché

- **Si la demande est peu sensible au niveau des ressources** mobilisées par l'hôpital public
 - Ni le médecin ni le gestionnaire de la clinique ne réagit au passage à la T2A
 - Ni le médecin ni le gestionnaire de l'hôpital ne réagit au passage à la T2A

A l'équilibre final, la T2A n'a pas d'impact sur la concurrence

2. Médecin leader ou coopération entre médecin et clinique

- **Si la demande est sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public**
 - Chacun de son côté, l'hôpital et la clinique augmentent leur niveau d'effort et leur niveau d'inputs
 - L'impact sur les parts de marché de chacun est indéterminé mais dans le cas où le couple médecin/clinique perd alors il perd moins qu'en absence de coopération
 - Le patient bénéficie du passage à la T2A car les niveaux d'efforts et les niveaux d'inputs augmentent

A l'équilibre final, l'impact sur les parts de marché est indéterminé

- **Si la demande est peu sensible au niveau des ressources mobilisées par l'hôpital public**
 - L'hôpital ne réagit pas initialement au passage à la T2A
 - La clinique réagit en augmentant le niveau d'inputs, le médecin réagit en augmentant son niveau d'effort

A l'équilibre final, le couple médecin/clinique a gagné des parts de marché

IV Synthèse des résultats

L'analyse économique a mis en évidence un certain nombre de conséquences à attendre du passage à une tarification à l'activité. Avant de les synthétiser, il est important de rappeler que cette analyse s'appuie sur une modélisation simplifiée des relations unissant les cliniques et les médecins qui y exercent. Elle ne peut donc prétendre capturer l'ensemble des répercussions d'un tel changement de mode de tarification. Elle n'a d'ailleurs pas vocation à cela. Plus généralement, les résultats qu'elle fournit doivent bien évidemment être appréhendés avec recul.

Nous présentons dans le tableau suivant une synthèse des résultats en fonction des deux variables clés qui se révélées au cours de l'analyse : le degré de coopération au sein du secteur privé et la sensibilité de la demande au niveau de ressources mobilisées par l'hôpital public.

Degré de coopération dans le secteur privé	Sensibilité de la demande aux ressources de l'hôpital public	
	<i>Faible sensibilité</i>	<i>Forte sensibilité</i>
<i>Absence de coopération</i>	Pas d'impact	L'hôpital public gagne des parts de marché
<i>Coopération ou médecin leader</i>	La clinique gagne des parts de marché	L'évolution des parts de marché est indéterminée

Le résultat principal de notre analyse montre que le passage à la T2A va inciter dans tous les cas à plus de coopération entre médecins et gestionnaires de clinique privées. Cette coopération peut être bénéfique si l'hôpital public ne réagit pas au passage à la T2A. Elle permet aussi de minimiser les pertes de parts de marché dans le cas favorable à l'hôpital public.

Publications et colloques

Jusqu'à ce jour, l'ensemble du travail (phases un et deux) a déjà fait l'objet de trois communications à colloques et d'une publication :

- Coudeville L, Mauleon A, Dervaux B. (2004), *Prospective payment system : consequences for hospital-physician interactions in the private sector*, Discussion Paper 2004-11, Institut de Recherches Economiques et Sociales, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve
- Coudeville L, Mauleon A, Dervaux B. (2004), *Prospective payment system : consequences for hospital-physician interactions in the private sector*, Communication au "First Franco-British Meeting in Health Economics", Collège des Economistes de la Santé (CES) and Health Economists' Study Group (HESG), Centre de Conférences Internationales, Paris, 14-16 Janvier.
- Coudeville L, Mauleon A, Dervaux B. (2004), *Prospective payment system : consequences for hospital-physician interactions in the private sector*, Communication aux "Journées de Microéconomie Appliquée", Université de Lille 3, Villeneuve d'Ascq, 27-28 Mai.
- Crainich D, Dervaux B., Leleu H. et Mauleon A. (2004) *Analyse économique du passage à la tarification à l'activité (T2A) pour l'hospitalisation privée en France*, Communication au Colloque national « T2A : les enjeux pour l'exercice des médecins spécialistes en établissements privés », Paris, 16 juin.

Deux articles à destination de revues économiques internationales à comité de lecture sont en cours d'écriture. Le travail de la phase 2 sera soumis à la conférence de l'International Health Economics Association (Barcelone, juin 2005).

Jacques CATON :

Merci beaucoup de cet important travail qui va susciter à mon avis de nombreuses réflexions et de nombreux commentaires. On va demander peut-être à tous les intervenants de venir ici pour une discussion.

On va commencer peut-être par Joël TROUILLAS qui a posé une question que j'avais également posée sur le problème de l'indépendance des praticiens vis-à-vis des établissements privés et de la liberté des prescriptions. C'était une question qui était posée directement à Martine Aoustin et à laquelle elle peut répondre maintenant.

Martine Aoustin :

C'est vrai que c'est une question difficile parce que de prime abord on a l'impression qu'effectivement les relations entre les gestionnaires d'établissements, pour parler court les cliniques et les médecins, vont se modifier de manière assez fondamentale. Ce que je crois sur le fond et je suis ravie de ce travail très intéressant du CRESGE.

Le médecin devra donc faire la preuve de la nécessité qu'il a de poser telle ou telle prothèse tout en s'interrogeant sur son comportement, voire en le critiquant sur un certain nombre de choix et sur les motifs qui l'amènent à faire ce choix, qui ne sont pas toujours des choix qualitatifs concernant le bien-être et le confort du patient.

Jacques CATON :

Si je peux me permettre un petit commentaire, ça veut dire que le meilleur médicament c'est l'aspirine et la meilleure prothèse c'est celle de Tchernlay. Ça ne laisse aucune place à l'innovation et au progrès, ce qui est le problème du service médical rendu.

Martine Aoustin :

Ce n'est absolument pas ce que je viens de dire.

Quoi qu'il en soit, ce que je dis c'est qu'une clinique a également des objectifs de satisfaction du patient. Les médecins de l'hôpital public aujourd'hui disent : demain on va être beaucoup plus à l'aise, même dans la T2A, pour faire le choix de prothèses plus adaptées. Le couple clinique/médecins va être en concurrence avec d'autres structures qui vont avoir la même démarche en terme de satisfaction des patients.

Deuxième point : vous avez en face de vous des correspondants ne sont pas sots. Ils ont Si vous posez une prothèse et qu'en fin de compte demain il s'avère que cette prothèse pose un certain nombre de difficultés parce que vous avez fait des choix technique ou de procédures inadaptés, vos correspondants vont regarder les choses. Aujourd'hui vous bénéficiez incontestablement dans le monde libéral d'une confiance à cet égard, mais,

posez-vous la question de la déception que vous entraîneriez dans cette relation avec vos correspondants.

Troisième point : les patients ; ils sont de plus en plus informés et croyez-moi le patient regarde le sujet dans sa globalité. Donc je pense que vous avez des acteurs qui convergent vers l'obligation dans laquelle vous êtes de faire des choix techniques et qualitatifs adaptés

Dernier point : nous avons, une obligation de maintenir dans les tarifs des financements et tant que je serai là, je ferai le maximum pour faire en sorte que nos tarifs tiennent bien compte d'une valorisation, éventuellement d'ailleurs du DMI, qui doit être. Pourquoi dans l'affichage que nous faisons de la construction de nos tarifs et de la construction des coûts, ne pas évoquer ensemble les évolutions technologiques ou en termes de matériels qui nous amènent à dire : nous réaffectons ce GHS pour tel, tel ou tel motif, mais alors après on n'en parle plus ? Autrement dit, une fois que nous, on a mis l'argent là, pour que vous fassiez des actes dans des conditions de qualité et de sécurité adaptées. Voilà les responsabilités de part et d'autre.

Jean Poi DURAND :

Bien, merci. Avec l'autorisation de mon Président Jacques CATON, on va maintenant passer la parole à la salle.

Questions – réponses avec la salle :

Docteur DEVALLET :

Je suis Président de CME de la clinique du Pont de Chaume à Montauban et Président de la Conférence régionale des Présidents de CME en Midi-Pyrénées. J'ai une question simple pour Mme AOUSTIN: existe-t-il des missions d'intérêt général hors recherche et enseignement, tenant aux soins et qui seraient éventuellement exercées par des cliniques privées ?

Ce que j'ai entendu me conforte dans l'idée d'une évolution révolutionnaire de la position des médecins dans les établissements privés. Le problème du passage à la T2A c'est qu'elle induit un couplage obligatoire entre les médecins et les établissements par un phénomène de tarification. Or le seul couplage qui existe actuellement et qui n'est pas du tout envisagé, c'est un contrat de mise à disposition des services. En réalité, pour l'instant, un médecin a deux contrats : le premier, moral, tacite, vis-à-vis de son patient (cf arrêt Mercier) et le second, écrit, concerne un échange de services avec un établissement. C'est la seule chose qui les lie. Or, par le biais d'un problème de tarification, on obtient une coopération et une coordination quasiment obligatoires dans

l'intérêt de tout le monde. Le modèle présenté l'a bien montré même s'il est, j'allais dire, insidieux puisqu'il fait fi des contrats de droit privé qui sont les seuls qui lient l'établissement et le praticien. Cela met en cause l'indépendance professionnelle et je rappelle que c'est un des enjeux et une des missions des CME.

Martine Aoustin :

Nous sommes en train d'analyser et de regarder ce qui, dans le domaine de l'hospitalisation privée pourrait relever des missions d'intérêt général. Ce n'est pas évident. Ce qui est important, c'est la dynamique dans laquelle nous nous situons : dans la loi il n'est pas écrit que les cliniques ne puissent pas avoir accès à ces missions d'intérêt général sous réserve qu'elles fassent la preuve du service rendu. Et donc Monsieur, je vous retourne « le compliment » : faites la preuve du service rendu, mobilisez-vous sur des champs qui aujourd'hui relèvent des missions d'intérêt général.

Deuxième point, je vais me permettre de ne pas y répondre car je ne suis pas une juriste, je n'ai pas en la matière une connaissance très fine des éléments juridiques qui vous lient. Inversement je vais vous proposer de vous mettre en situation de ce que recherche l'Etat en mettant en place un dispositif de tarification de cette nature. Le sujet a été abordé dans sa globalité au travers de l'étude du CRESGE. L'objectif, pour nous, n'est pas de toucher à une forme de contractualisation, il est d'améliorer globalement la dynamique de l'offre de soins, dans le secteur public comme dans le secteur privé ; nos responsabilités s'attachent aux deux secteurs. Ce dispositif introduit donc globalement, à l'hôpital public comme dans les cliniques privées une plus grande coopération entre les équipes médicales et les équipes de gestionnaires. A mon avis, permettez-moi de le dire, si la clinique souffre aujourd'hui de cette scission, dans un certain nombre de cas, entre les équipes médicales et les gestionnaires, l'hôpital public en souffre également tant il est vrai que certains médecins sont assez dégagés de l'utilité qu'ils apportent à l'hôpital. Nous avons donc l'obligation, pour dynamiser le dispositif dans son ensemble, de résoudre cette situation. Nos objectifs sont ceux-là, Monsieur. Ce que j'entends par là c'est que peut-être les formes de contractualisation entre le gestionnaire de l'établissement et le médecin, peuvent évoluer comme ces deux entités privées, pour servir au mieux les intérêts des uns et des autres.

Jean Pol Durand :

Il y a d'autres intervenants à la tribune qui peuvent intervenir sur la modification sur l'altération ou sur l'amélioration au contraire des rapports entre les praticiens et les établissements. Jean-Paul ?

Jean-Paul ORTIZ :

C'est un débat qu'on a déjà eu avec Pierre DEVALLET. Le statut libéral du médecin exerçant en hospitalisation privée tel qu'on le connaît a considérablement évolué. Il y a quelques années le médecin exerçant en hospitalisation privée était aussi propriétaire ou copropriétaire de son établissement. C'est de moins en moins le cas aujourd'hui, c'est en train de disparaître progressivement au profit souvent de grands groupes financiers ou de regroupements etc. Et il est clair aujourd'hui qu'un médecin qui exerce en hospitalisation privée voit son travail médical partiellement rémunéré par le paiement à l'acte.

Le paiement à l'acte ne reflète aujourd'hui qu'une partie de l'activité médicale d'un médecin dans un établissement d'hospitalisation privée ; il y a toute la partie annexe ou connexe à l'acte, c'est –à-dire toute cette partie de fonction transversale aujourd'hui est non rémunérée ; et Dieu sait si ça prend du temps. C'est vrai que ça va forcément induire un mode de rémunération différent, probablement par forfait ; et aussi un mode de contractualisation différent entre l'établissement et le médecin à titre individuel mais aussi entre l'établissement et les médecins à titre collectif de façon à organiser l'ensemble des fonctions collectives à l'intérieur d'un établissement : le CLIN, le CLUDE, etc.

Au niveau syndical on est bien sûr fortement attaché au statut libéral du médecin et je continue à dire que la collectivité, l'Etat et le payeur auraient tort de tuer la poule aux œufs d'or. Je considère que le dynamisme de la médecine libérale et la gestion dynamique de l'hospitalisation privée, c'est la poule aux œufs d'or dans le système de santé français. Mais, nous devons évoluer vers d'autres modes de rémunération qui resteront accessoires par rapport au paiement à l'acte parce que c'est ce qui garantit son dynamisme.

Jean-Pol DURAND :

Le micro est demandé devant.

Docteur GASPARINI : CME de la Clinique Sainte-Marie, Martinique.

Ma question s'adresse à Mme AOUSTIN : nous sommes à trois mois maintenant de la date butoir à laquelle vous tenez tant. Est-ce que la mission a une vision claire de l'état d'avancement de la démarche des établissements dans la mise en place de la T2A, des outils pour notamment pouvoir facturer, coder aussi rapidement que ce que l'on facture actuellement ? Il y a quelques mois il était question que l'assurance maladie soit intransigeante et ne tolère pas d'avance, qu'en est-il actuellement ? Je ne pense pas que les établissements dans l'état où ils sont puissent supporter pendant quelques mois une baisse de trésorerie de 30 % et c'est un réel problème.

Pour ce qui est de la perversion du système, nous voyons apparaître des logiciels en expérimentation pour l'optimisation du codage. Et ma troisième question sera concernant les bornes hautes et basses : est-ce qu'il y aura aussi des différences entre les bornes hautes et basses pour les GHS privés/publics ?

Martine Aoustin :

Je vais essayer de me souvenir des trois questions et sinon je vous demanderai d'avoir la gentillesse de me le rappeler. On commence par la dernière pour l'évacuer. Oui les bornes sont différentes dans le secteur public et dans le secteur privé, tout simplement parce que les DMS sont différentes et donc forcément les bornes sont différentes.

Deuxième question ayant trait à la trésorerie des établissements, c'est un sujet qui nous préoccupe. Effectivement, nous tentons de trouver des solutions à ces sujets mais c'est un problème compliqué parce que l'assurance maladie n'est pas là pour être la banque, ça n'est pas son rôle. En fait, nous essayons de trouver des solutions sur la trésorerie. Il faut vous dire qu'en fait mieux vaut encore compter sur vous-même que sur le soutien en termes de trésorerie pour raccourcir vos délais, si je puis me permettre.

Et le dernier point c'est qu'en fin de compte c'est simplement au démarrage parce qu'ensuite les choses vont se réguler, on est dans une difficulté au démarrage essentiellement.

Nous nous préoccupons donc du sujet de la trésorerie dans une période mais qui sera forcément limitée au démarrage.

Dernier point, Monsieur, vous me demandez si la mission se soucie de la capacité dans laquelle des établissements en termes d'outils pour le 1^{er} octobre ; bien sûr que la mission s'en soucie. Parallèlement, je dois vous dire que nous sommes tous ensemble soumis à des arbitrages qui sont des arbitrages politiques, lourds de sens. Les cliniques privées ne vivent pas dans un monde isolé, nous avons en face un secteur public. Ce secteur public on ne lui a pas demandé son avis, au 1^{er} janvier 2004 il est passé, avec les difficultés qu'il a eues. Il ne faut pas se dire qu'on est toujours les malheureux dans le système. J'ai bien conscience de toutes les difficultés qui sont aujourd'hui appliquées aux cliniques. Je vous demande de votre côté de faire en sorte de passer au 1^{er} octobre. et quand bien même par hypothèse on repousserait, ça ne serait pas pour un an ou pour six mois, ça veut dire qu'en fin de compte on comptera en semaines. Et les semaines, c'est vite passé dans la période qui nous attend. Donc ce que je veux dire par là c'est qu'il faut faire le maximum, ensemble, pour passer.

Jean-Pol DURAND :

Si par hypothèse, Martine Aoustin, il y a une modification de calendrier on le sait quand ?

Martine Aoustin :

On va le savoir en septembre.

Jean-Pol DURAND :

On continue la tournée, il nous reste une demi-heure .

Olivier Debay :

Je ne suis pas médecin, je suis gestionnaire d'établissement à Carcassonne et je remercie mes amis de Languedoc-Roussillon de m'avoir invité à cette journée, c'est très intéressant d'aborder la T2A devant un parterre de médecins. Et Madame Aoustin je suis très heureux de vous entendre aujourd'hui devant un parterre de médecins, je vous ai entendue à plusieurs reprises devant des gestionnaires et vous avez toujours un exposé très brillant et très précis sur un sujet très délicat. Mais vous avez aussi une belle habileté à aborder certains sujets et je pense à votre façon d'aborder la réforme de la T2A et la réforme de la CCAM. C'est vrai qu'elles sont indépendantes mais elles sont concomitantes et j'en viens à ma question qui s'adresse à tout le monde :

Il faut que la coopération médecins/cliniques s'améliore et ça a été le thème de notre assemblée générale en Languedoc Roussillon où le Docteur Ortiz avait fait un très brillant exposé. Il va aussi y avoir l'évaluation des pratiques avec l'ANAES ; cette coopération est donc incontournable, il faut une coopération constructive et approfondie. Mesdames, Messieurs, est-ce qu'elle ne serait pas plus facile si démarraient ensemble la CCAM et la T2A ?

Martine Aoustin :

Si on démarre ensemble c'est très bien pour moi. La balle en matière de CCAM n'est pas dans mon camp. J'ai pour mission de mener à bien la tarification à l'activité, les négociations qui vont avec, mais sur la CCAM, ce sont d'autres responsables qui négocient sur la CCAM. Mon souhait c'est que les deux puissent être réalisées en même temps. A l'inverse, la CCAM ne peut pas préexister par rapport à la tarification à l'activité pour les motifs techniques de financement des frais de salles d'opérations. Donc forcément soit on est en même temps, soit on est avec une CCAM après la T2A.

Dernier point : En tant que chef de projet sur la T2A je ne me trouve pas en situation de négociation dont je ne suis absolument pas responsable pour prévoir des calendriers. Or

lorsque cette loi est passée devant le Parlement, j'ai donc pour rôle de mener à bien ce calendrier. C'est ça mon travail. Alors je souhaite bien sûr que les deux arrivent en même temps, je suis responsable de l'un, pas responsable de l'autre. De mon côté je ferai tout pour que la T2A suive le calendrier réglementaire qui est prévu pour elle.

Jean-Pol DURAND :

Avec l'autorisation d'ORTIZ et de CATON, je voudrais passer le micro à Pierre MONOD en tant que syndicaliste.

Pierre MONOD :

Je souscris tout à fait aux propos qui viennent d'être tenus, en particulier ceux d'Olivier DEBAY. Il est de notre devoir, nous professionnels de santé et particulièrement les Unions Régionales des Médecins Libéraux, de rappeler l'Etat à ses responsabilités qui sont d'assurer au système une certaine cohérence même si nos députés qui ont été quelque part un peu malmenés par ces objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie qui ont toujours vocation à être dépassées. Cette cohérence passe par l'articulation CCAM/T2A. Les syndicalistes vont de toute façon passer des mois à discuter avec M. SPAETH qui de toute façon ne veut pas que ça avance. Or, je connais le discours, et la T2A ne peut pas attendre. Mais si on veut que la réforme marche, il faut que les choses soient coordonnées. Je crois que c'est la leçon fondamentale des mois à venir et nous l'avons dit au Ministre. Son courage politique sera de rappeler à chacun des acteurs ses responsabilités. Et je pense que l'assurance maladie, en tant que financeur, a son rôle également dans cette histoire de T2A.

Alain COULOMB va venir tout à l'heure nous parler d'évaluation. Mais si on ne définit pas au départ un certain nombre d'objectifs, de repères, d'indicateurs à mettre en place y compris pour le patient, si l'Etat n'est pas le garant afin de faire en sorte que l'ensemble soit cohérent entre l'hôpital et la ville, chacun ira de son côté, chacun fera ce qu'il voudra. Je souhaiterais qu'il y ait un peu plus de cohérence là-dedans, y compris dans le calendrier.

Jean-Pol DURAND :

Il faut que l'Etat tape du poing sur la table aussi. Une main est levée, ...

Alain GOURCUFF : URML PACA

J'ai écouté avec plaisir le Président de séance parler des implants et des prothèses. Il faut savoir que la plus grande intervention et le nombre d'implants posés sont en ophtalmologie et au niveau de la cataracte. C'est un domaine très important parce qu'il y a à la fois le choix de l'implant, dépendant de la modalité de l'intervention et de l'appareil utilisé, la responsabilité du chirurgien et la notion de perte de chance éventuellement sur

la vue. Ce problème du choix de l'implant au niveau de la cataracte est essentiel pour nous, les ophtalmologistes, et je pense que ceci mérite d'être discuté et je vous lance ce message. Merci.

Martine Aoustin :

Normalement les implants d'ophtalmologie et notamment l'implant de la cataracte fait partie des implants qui, dès le 1^{er} octobre 2004, doivent être intégrés dans le tarif. Tout simplement parce que sur la cataracte on a un GHS très très cohérent, spécifique, qui ne concerne que la cataracte. Dans ce domaine, quand on regarde les coûts des prothèses dans le secteur public et dans le secteur privé, en intra-public et en intra-privé, on est étonné par le fait que c'est à peu près stable. Comme 99 % des patients bénéficient d'un implant, c'est vrai que dans le tarif global va être pris en compte ; l'implant devrait être inclus parce que l'économicité du forfait veut cela. Or on vous finance aujourd'hui sous la forme du prix payé, demain vous poserez les mêmes prothèses de bonne qualité, et comme on vous paiera sous la forme d'une échelle prix, il ne devrait pas y avoir de modification dans les revenus des cliniques sur ce point.

Maurice BENSOUSSAN :

Qu'en est donc de l'indépendance du praticien libéral exerçant en clinique ou en établissement privé ? Quel peut être le statut ? Qu'est-ce qui peut garantir l'indépendance du praticien libéral, en dehors du Code de déontologie et de cette simple contractualisation de droit privé entre un établissement ? Est-ce qu'il y a des pistes évolutives pour ça ?

Jean-Paul ORTIZ :

Je crois que c'est une question fondamentale pour l'avenir. On a commencé à en parler tout à l'heure sur les modes de rémunération. C'est clair que la question du statut et des caractères de ce statut du médecin libéral en hospitalisation privée se pose aujourd'hui ; je serais presque tenté de dire, indépendamment de la T2A. La T2A c'est une goutte d'eau qui en rajoute un peu. Et c'est vrai qu'on a intérêt à coopérer, on est d'accord. Mais c'est vrai que c'est un problème qui est lié à l'évolution de l'offre de soins, à la régulation par les SROS, aux contraintes sécuritaires, au contexte médico-économique.

Je crois qu'aujourd'hui un médecin libéral ne peut pas ignorer que son patient est solvabilisé par la collectivité. On est donc dans un contexte économique, nous avons certes des objectifs à la fois éthiques, déontologiques, de qualité de prise en charge médicale, mais nous sommes aussi dans un contexte économique dont on est obligé de tenir compte. Et si nous n'en tenons pas compte, ce sont les gens d'en face qui vont en tenir compte pour nous. Je crois que ça a été l'enjeu du débat de la maîtrise comptable et de la maîtrise médicalisée. Nous avons la responsabilité au niveau syndical de

commencer à aborder ces questions. C'est pour cela que j'ai souhaité qu'on commence à amorcer une réflexion sur qu'est-ce qu'il va se passer dans huit ans, si Martine tient le calendrier ? Dans huit ans la T2A devrait toucher tout l'hôpital public et l'hospitalisation privée. Il faut que nous nous préparions à engager une convergence, que nous commençons à y réfléchir maintenant, parce que c'est très complexe, ça touche beaucoup de domaines par rapport à l'équipe médicale dans son ensemble.

L'intérêt des Unions Régionales des Médecins Libéraux est d'avoir les possibilités de pouvoir faire des réflexions prospectives. Je me félicite du travail de Benoît DERVAUX et du CRESGE parce qu'il y a quand même des conclusions qui sont complètement décoiffantes. Vous avez vu que, suivant les situations de coopération ou pas, c'est l'hôpital public qui va tirer son épingle du jeu de la T2A. Or dans le secteur privé libéral, on s'est toujours engagé sur la T2A en disant : attendez, on est les meilleurs et en plus on coûte moins cher, donc allons-y de toute façon on va y gagner. Et on se rend compte que ce n'est pas aussi simple que ça. Je crois que vraiment ce type de réunions, ce type de travaux c'est très important parce que c'est maintenant qu'il faut qu'on commence à aborder ces questions.

Jacques CATON :

Effectivement le privé peut gagner, à condition que les tarifs soient les mêmes sur l'hôpital public et dans les établissements privés. Si les tarifs sont très différents, si on rémunère beaucoup moins la valeur du GHS en privé par rapport au coût réel de l'acte, on peut être perdant. Maintenant si les tarifs sont identiques, on est concurrentiel.

Jean-Pol DURAND :

On l'a quand l'échelle de tarifs, Madame AOUSTIN, pour le privé ?

Martine AOUSTIN :

Normalement avant les vacances et pour nous les vacances c'est le 15 juillet.

Jean-Pol DURAND :

Je vous propose qu'on fasse un tour de questions liminaires de ce côté-là et on va essayer d'organiser des réponses collectives.

Nathalie CHARLOTTE :

Je suis cardiologue, je travaille dans un centre de réadaptation cardiaque et je voulais poser une question à Martine AOUSTIN sur la particularité du Soin de Suite Réadaptation. On nous a parlé de la date pour la mise en place de la T2A en SSR, la date du 1^{er} janvier 2005 ; je voudrais savoir si la date était toujours la même. Et s'il y avait également en SSR la notion de coefficient correcteur.

Martine Aoustin :

Nous avons pour mission de mettre en place le SSR au 1^{er} janvier 2005 sur les deux secteurs. Lorsque nous nous sommes attachés aux travaux justifiés par cette mise en place, nous nous sommes aperçus que la classification qui avait été mise en place par les professionnels de santé était une classification sans doute descriptive délicate en matière de support tarifaire. Pour être claire, les différentiels de coûts expliqués par la classification n'étaient pas suffisamment fins pour permettre de mettre en place une tarification dans les conditions qui sont celles que nous avons mises en place dans le MCO. Donc aujourd'hui je dois vous dire que la mission a fait proposition à l'arbitrage de repousser cette date d'un an compte tenu de la qualité des outils aujourd'hui.

Sur le coefficient correcteur ? C'est attaché, Madame. En fin de compte les deux sont intimement liés. Si on a un outil tarifaire qui nous permet de faire des choix identiques, on fera des choix identiques, c'est ce que nous souhaitons. Si nous avons des éléments tarifaires et donc des arbitrages qui ne le permettent pas, nous trouverons un moyen d'entrer dans la réforme en lissant différemment.

Jean-Charles Coffin :

Je suis Président de CME dans la région parisienne. Une question de béotien : qui fixe les tarifs nationaux et surtout qui les fait évoluer ?

Jean-Pol Durand :

Ce que je vous propose c'est de mettre de côté toutes ces questions-là et on va faire une réponse collective.

Jean-Luc Baron :

Je suis Président de CME d'un établissement en Languedoc Roussillon. J'anime au niveau régional et au niveau national ces mêmes CME, et actuellement je n'ai pas vu dans votre discours des solutions sur la rémunération des fonctions transversales dans ces établissements. Je n'ai pas vu se dégager de poste budgétaire, ni au travers des GHS, peut-être au niveau de la CCAM. Et je voudrais que vous répondiez un petit peu à nos attentes puisque les textes réglementaires prévoient que ces fonctions sont obligatoires pour les praticiens et les établissements.

Jean-Pol Durand :

Donc rémunération des fonctions transversales en plus, vous le notez Martine...

Dusan Longinovic :

Je suis médecin mais aussi responsable de la mise en place de la CCAM et de la T2A au niveau d'un groupe d'établissements beaucoup plus petit que ce que gère Martine Aoustin, donc ma question s'adresse plutôt aux les gens de la salle et aux représentants assis devant nous.

Oui nous sommes les meilleurs, M. ORTIZ. Je parle et des médecins et des cliniques privées. Oui, nous sommes moins chers que le public il n'y a pas de doute. Il n'y a qu'une seule chose qui pourrait nous empêcher de gagner des parts de marché avec la T2A, ce serait une absence de coopération entre médecins et gestionnaires. Je vais plus loin, ce n'est pas uniquement une coopération au sein d'un établissement, c'est quasiment une coopération pour la négociation des tarifs. Certains tarifs de la CCAM seront massacrants. D'autres seront meilleurs, identiquement pour les Groupes Homogènes de Séjour. Or pour le bien du patient, pour le bien des établissements, pour répondre au SROS, il est utile effectivement que les deux coopèrent et que les tarifs soient effectivement en ligne des besoins. Comment est-ce que nous pouvons nous aider mutuellement médecins, praticiens et gestionnaires d'établissements? Je n'attends pas de réponse là mais c'est important de le savoir, d'autant que la CCAM dite « descriptive de l'activité » est déjà en place pour la description des GHS. C'est un débat que je soulève mais ce n'est pas une question.

Jean-Pol DURAND :

On ne répondra pas forcément à tout aujourd'hui. Martine Aoustin, sur les deux questions techniques. Il y avait la rémunération des fonctions transversales.

Martine Aoustin :

Sur la rémunération des fonctions transversales, un certain nombre d'entre elles sont obligatoires pour ce qui concerne les établissements c'est-à-dire qu'elles sont attachées à la notion d'établissements de santé ; mais bien entendu le service est rendu par les praticiens.

Pour le financement, c'est clair, c'est dans les GHS. Toutes les fonctions transversales : hémovigilance, etc., sont dans les GHS. Si, pour ce qui concerne la part établissements, dans le public comme dans le privé, il y a une part à négocier dans le cadre de la CCAM, alors c'est votre sujet bien sûr. Pour ce qui concerne les transversalités elle est incluse dans la valorisation des Groupes Homogènes de Séjour. Il n'y a que pour les quelques établissements qui ont des fonctions attachées à des transversalités mais qui s'attachent à des missions de service public ; je pense aux centres hospitaliers de référence pour les biotechnologies, c'est-à-dire qui s'attachent à toutes ces cellules de crise, etc., qui, , ont une activité de coordination pour les autres établissements. Voilà donc les seuls moments où en fin de compte la rémunération de transversalité est prévue. Mais sinon

cette transversalité, pour ce qui concerne l'activité de clinique, est fondue sur l'ensemble des GHS tant il est vrai qu'on ne peut pas la différencier d'un GHS par rapport à l'autre.

Jean-Pol DURAND :

Je voudrais demander un petit mot de conclusion à chacun. Joël TROUILLAS compte tenu de ce que vous avez présenté comme brèves de comptoir, est-ce que vous allez trouver du grain à moudre pour répondre à vos Confrères ?

Joël TROUILLAS :

L'élément le plus important c'est insister sur la coopération indispensable entre les établissements et praticiens. Mais incontestablement cette coopération ne peut s'améliorer qu'avec un éclairage plus important. La responsabilité du politique dans la coordination entre CCAM et T2A est très importante, on ne peut pas vous le reprocher, on l'a bien compris. Mais il faut comprendre qu'il y a de notre côté un réel problème et la réponse elle ne vient pas de nous, elle vient de la coordination du politique.

Mais il faut aussi cet éclairage, on le voit avec ce que vous venez de nous dire, dans les fonctions transversales. C'est un réel problème dans les établissements qui alimente ces brèves de comptoir. Je suis passé un petit peu rapidement en les traitant de triviales mais elles alimentent beaucoup de conversations. On a eu des démissions de responsables de CLIN ou de responsables d'hémo-vigilance en disant : je le ferai le jour où je serai rémunéré, débrouillez-vous. Donc c'est un problème. Si c'est dans les GHS, il faut que ce soit clairement dit et que les gestionnaires, les médecins le sachent, et qu'on règle ce problème de la transversalité. Jean-Paul en a ébauché les contours par des forfaits, je crois qu'il faut aller dans ce sens, dans une vision adulte des relations qu'on doit avoir les uns avec les autres. Il y a des problèmes économiques qu'on ne peut pas ignorer, l'assurance maladie a des problèmes, on ne peut pas les ignorer ; les gestionnaires de clinique ont leurs problèmes, nous-mêmes avons nos problèmes avec le développement du juridictionnel. On est condamné à coopérer et donc il faut éliminer tous les problèmes qui paraissent relativement simples.

Jean-Pol DURAND :

Passez le micro à votre voisin. Benoît DERVAUX, est-ce que vous êtes serein sur cette capacité spontanée à coopérer entre les médecins ou les établissements, ou est-ce que votre modèle risque de confirmer ?

Benoît DERVAUX :

Je répète ce que j'ai dit, un modèle mérite d'être confirmé par les faits donc j'appelle de mes vœux le fait de pouvoir... il faut absolument conforter ou confronter les conclusions du modèle à des données une fois que la réforme sera mise en place. Quant à la nécessité de la coopération, elle me semble être une évidence. Il n'y a de gain possible ou de maintien de position qu'au prix de la coopération. L'hôpital public peut gagner, mais l'hôpital public peut gagner dans la configuration où il n'y a pas coopération. Dès lors qu'il y a coopération du côté du privé, cette situation est exclue.

Jean-Pol DURAND :

Merci. Un petit mot de conclusion d'ORTIZ.

Jean-Paul ORTIZ :

Oui très rapidement et ça me permettra de répondre à la dernière question sur les relations et la coopération entre les médecins et les établissements. Les choses évoluent et je crois qu'il faut s'en féliciter. C'est vrai que les relations n'ont pas toujours été simples, en particulier dans un certain nombre d'établissements. La nécessité fera loi et je pense que les nécessités de coopération vont s'imposer dans chaque établissement et forcément au niveau national. En tout cas, c'est ce que je souhaite. Il ne faut pas oublier que la situation financière des deux acteurs principaux de l'hospitalisation privée très difficile n'a pas facilité des dialogues francs et des coopérations ; chacun défend son pré carré avec une énergie qui confine au désespoir avant de mourir. Donc à partir du moment où on est dans une logique d'optimisation des dépenses, on peut espérer arriver à avoir des choses un peu plus simples. Je suis très satisfait de ce qui a été présenté ce matin, je crois qu'effectivement ces nouveaux modes de rémunération et les modélisations qui ont été faites montrent que s'il n'y a pas de coopération entre le médecin et l'établissement, l'ensemble du secteur sera pénalisé au profit des uns ou des autres, en particulier de l'hôpital public, ce qui serait quand même le comble de l'arroseur arrosé.

Jean-Pol DURAND :

C'était prévu ça Madame AUSTIN que la T2A obligeait les médecins et les établissements à s'accorder un peu mieux ? Il y avait un petit machiavélisme de votre part ?

Martine AUSTIN :

Je veux dire, ça fait partie des réflexions que nous menons et qui font partie du modèle économique. On peut donc légitimement penser qu'effectivement c'est un aboutissement

naturel, chacun des acteurs cherchant toujours son intérêt. Et donc la T2A c'est d'abord l'intérêt à agir pour l'ensemble des acteurs.

En conclusion si vous me le permettez, je voudrais revenir sur un sujet qui a été débattu et que nous n'avons pas évoqué au cours des questions et qui est celui de la convergence. C'est un sujet qui vous tient à cœur et c'est normal et naturel de la part du secteur privé. Mais la convergence nécessitait d'abord un étalon de mesure commun et cet étalon de mesure commun nous l'avons aujourd'hui, c'est le Groupe Homogène de Malades. Nous mesurons bien l'activité développée dans le public et dans le privé avec le même étalon.

Deuxième sujet : éclairer les missions de part et d'autre ; c'est bien ce que fait la T2A. Alors si la T2A c'est quelque chose qui « ne mène pas directement à la convergence » c'est de toute façon un passage obligé pour imaginer demain la convergence.

Jean-Pol DURAND :

Merci. Passez le micro au Président CATON pour une conclusion générique.

Jacques CATON :

Une question que je me pose concernant le problème de la revalorisation du coût de la pratique. Est-ce qu'on va avoir une échelle mobile comme l'échelle mobile des salaires défendue par la CGT avec une augmentation automatique du coût de la pratique en fonction de l'augmentation du coût de la vie, des charges, etc. ?

Martine Aoustin nous dit : on va demander au privé de faire la preuve du service médical rendu pour les missions d'intérêt général, est-ce qu'on va faire la même chose au niveau de l'hôpital public ? On va lui demander de faire la preuve du service médical rendu en termes de missions d'intérêt général, comment et quand ?

Pour en revenir au travail de M. DERVAUX, je pense que son travail est intéressant parce qu'on ne voit pas bien les acteurs ne pas s'entendre, que ce soit dans le public ou dans le privé. Mais par contre je pense que ces hypothèses ont des limites parce qu'on part du principe qu'il n'y a pas de limites dans le nombre de malades et dans le nombre de maladies et donc obligatoirement l'hypothèse de dire qu'on va augmenter l'activité si l'on s'entend bien, elle va avoir la limite du nombre de malades.

Deuxième chose : on dit que ça va avoir un effet bénéfique sur la DMS. Mais est-ce qu'aujourd'hui pour les établissements c'est intéressant ? La seule variable d'ajustement aujourd'hui pour les établissements ce sont les chambres seules et le prix de la télévision. Mais est-ce qu'on n'aura pas intérêt malgré tout à garder les patients un petit peu plus longtemps si le supplément de chambre seule comble le problème du déficit

financier ? On n'en sait rien encore aujourd'hui parce qu'on ne connaît pas les tarifs. Quand on connaîtra les tarifs on verra l'impact sur la DMS.

Et enfin sur le problème du patient qui est bénéficiaire dans tous les cas de figure, le patient il est bénéficiaire s'il est formaté, parce que le patient non formaté ne va plus être bénéficiaire parce qu'il va sortir totalement du système. Mme Aoustin l'a bien énoncé comme écueil. C'est un petit peu les limites et les critiques peut-être qu'on peut faire à votre travail.

Jean-Pol DURAND :

Passez le micro à M. DERVAUX.

Benoît DERVAUX :

Le nombre des malades n'est pas bordé quand on discute de la clinique et de l'hôpital séparément puisqu'il y a le réservoir de l'autre. Par contre dès lors qu'on met les deux acteurs en commun, il est bordé et là il est totalement déterminé. Donc ceci est pris en compte.

Quant à la DMS, bien évidemment, le modèle la prend en compte ; dans la situation avant la réforme la rémunération de la clinique dépend de la DMS. Par ailleurs, on est sous l'hypothèse de neutralité budgétaire. Donc on répond partiellement à votre critique. Quant au patient formaté, oui je suis assez d'accord, on avait fait un travail préliminaire, ça ne changeait pas qualitativement les résultats. Effectivement, la manière dont on définit la qualité des soins en termes d'intensité et d'environnement est peut-être un peu frustré mais dans une modélisation de ce genre ce n'est pas trop gênant. Par contre effectivement sur les indicateurs qu'il faudrait développer, c'est beaucoup plus délicat.

Jean-Pol DURAND :

Merci M. DERVAUX. Passez le micro à Pierre MONOD pour quelques messages logistiques.

Pierre MONOD :

Quelques messages logistiques : tout d'abord, je tiens à vous préciser que le travail qui a été initié par l'URML Languedoc Roussillon et commandé et financé donc au CRESGE sera bien entendu disponible et à votre disposition pour suivre la réflexion. Cette journée n'aurait pu avoir lieu sans la participation et l'aide, et je les en remercie chaleureusement, de nos collègues de l'URML Ile-de-France, Rhône Alpes et PACA.

Jean-Pol DURAND :

Je voudrais simplement que vous applaudissiez, l'ensemble des participants. (Applaudissements). Et un applaudissement spécial pour Martine AUSTIN parce que je peux vous dire je les connais un tout petit peu ces hauts fonctionnaires, il n'y en a pas beaucoup qui descendent comme ça dans l'arène. Merci pour elle.

APRES-MIDI

1^{ère} Session

Jean-Claude GOURHEUX, Président de l'URML PACA :

Ce matin nous avons largement débattu sur la T2A, essentiellement sur son aspect de faisabilité, malheureusement teinté d'organisationnel, et sur les normes qui nous rappellent davantage des éléments comptables que des éléments de prise en charge globale de nos patients. J'ai été surpris de voir cette démonstration de lutte économique entre le privé et le public qui, certes, existe mais qui s'amenuise aujourd'hui par le peu de moyens qu'il reste pour avoir une distribution de soins relativement correcte sur l'ensemble du territoire.

Malheureusement il manquait un acteur dans ce duel économique entre le privé et l'hôpital, un acteur essentiel ce sont les intérêts des chefs d'établissement. Si je ne m'abuse, leurs décisions sont également sous contrainte de tutelle, et notamment une contrainte qualité importante, l'accréditation. Le chef d'établissement est donc obligé de gérer son établissement en fonction de ces modalités de manière à garantir une prise en charge des patients dans les normes actuellement en vigueur et dans un système de qualité.

Au niveau des médecins, leur intérêt est partagé avec leurs patients puisqu'ils sont depuis toujours, mais beaucoup plus aujourd'hui, dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Certes, en établissements de soins, nous avons assisté à la première version d'accréditation ; aujourd'hui est en train de naître l'accréditation avec l'évaluation des pratiques professionnelles et il semble que dans ces établissements les praticiens ne peuvent plus exercer sans avoir des référentiels de pratique et sans les appliquer. Là encore, il y a donc un autre acteur qui interfère dans la pratique professionnelle, c'est le référentiel, garantie de qualité pour les patients.

Je voudrais introduire cette notion de qualité dans ce débat, un plus pour le patient. Peut-être que les visions d'une T2A avec dérapages systématiques (nombreuses activités avec DMS en réduction au détriment de la prise en charge globale du patient) seront un peu gommées.

Jean-Pol DURAND :

Merci M. GOURHEUX. Mon programme indique Loïc GEOFFROY avant Alain COULOMB.

Intervention de Loïc GEOFFROY :

Je crois que qualité et T2A sont essentiellement imbriquées. Mais je ferai une petite remarque : la T2A n'est qu'un des instruments de la régulation. Et la régulation d'un système aussi complexe que le système de santé implique effectivement un ensemble de leviers, la T2A en est un très important. D'autres existent et je crois que c'est aussi la combinaison de ces leviers qui doivent faire que le système tourne et puisse s'adapter aux besoins des patients et à l'efficience du système.

Je vais essayer de me centrer plus dans mes commentaires, sur la T2A et les médecins. Je crois que les cliniques privées sont un exemple très intéressant dans lequel les médecins et les établissements hospitaliers privés doivent travailler de concert à la fois dans la production de soins, dans l'organisation et la mise en place de cette réforme. Et ce d'autant plus que, parallèlement à la T2A, s'organise la réforme de la nomenclature des actes médicaux, la fameuse CCAM. Je parlerai quand même un peu de la liaison entre ces deux réformes importantes pour le secteur libéral.

Je présenterai, très rapidement, une réforme attendue indispensable à l'adaptation du secteur hospitalier, voire même du système de santé.

Deuxième point : c'est un basculement pour le privé complet et à haut risque pour le 1^{er} octobre 2004 et à 100 %, et des questions pour demain... quand je dis demain c'est aujourd'hui. Ce sont des questions qu'il faut régler, qu'il faut résoudre : la liaison avec l'accessibilité, la qualité, avec un ensemble d'éléments. Aujourd'hui ce que l'on appelle le modèle de la T2A n'a pas abordé les éléments essentiels que sont les modalités de fixation de tarifs, la régulation, et effectivement aussi la liaison, avec les démarches qualité, voire avec les risques d'effets pervers du système que j'aborderai un peu. Voilà un peu la présentation que je voulais vous faire pour introduire ce sujet.

Première partie : Importance et l'urgence de la réforme.

Nous sommes dans le même système de tarification dans les cliniques privées depuis presque 50 ans, le budget global a au moins 30 ans. Et des systèmes de facturation qui durent aussi longtemps ne peuvent être aujourd'hui que pervers et ne peuvent que générer des dysfonctionnements et de la non qualité.

C'est un peu moins vrai pour le privé puisqu'il y a déjà le un paiement à l'activité, même si le système actuel (journées, forfaits, etc..) arrive à bout de souffle, comme d'ailleurs la NGAP. Mais pour le public c'est une véritable révolution : ces structures vont effectivement devoir calculer les coûts et être rémunérées en partie sur leur activité donnée aux Caisses d'assurance maladie. Et ça c'est une révolution complète par rapport au paradigme actuel du système de financement de structures. Ceci est très important en termes d'équité dans un système où se développent des complémentarités, des mises en commun, des filières de soins. Les deux systèmes qui existaient non seulement étaient pervers mais généraient, notamment pour les établissements publics, des handicaps très lourds en termes de restructuration. Vous avez dans le secteur public des établissements qui sont bons, très bons et qui sont bloqués par le budget global. Et puis vous en avez de très mauvais qui subsistent grâce au budget global avec les effets très pervers que l'on peut constater sur la qualité puisqu'on maintient avec ce système des établissements en vie alors qu'ils sont dangereux.

L'approche économique devrait faciliter les restructurations et je pense que derrière cette approche de la T2A il y a plus qu'une approche économique. Il y a ce que je pourrais appeler une certaine réconciliation de la démarche comptable, économique avec la démarche médicale. On retrouve au niveau de la T2A une approche par activité, une approche médicale de l'activité et de l'analyse des coûts. On retrouve, je crois, une approche de l'efficience non pas des structures mais du service rendu et c'est ce point-là qui est très important pour les deux structures, et qui devrait être traité en équité ; équité, ça ne veut pas dire égalité des prix. C'est effectivement une convergence très forte sur les prix mais surtout une comparaison en termes de performance et d'efficience des deux structures.

Tout le monde revendique cette réforme. C'est une réforme qui, notamment au niveau de l'hôpital public, génère des modifications importantes en matière de gouvernant, et je crois que c'est un système tout à fait générateur de bonification et d'approche qualité.

Deuxième partie : un basculement à haut risque pour les établissements privés,

On nous avait promis beaucoup de garanties, des expérimentations, que les cliniques privées auraient la possibilité dans un premier temps d'avoir une certaine sécurité de passage d'un système à l'autre notamment par un coefficient correcteur. Mais les conditions de calcul et les dépassements des délais font qu'aujourd'hui le passage au 1^{er} octobre est un passage qui pour nous est très difficile, parce qu'il n'y a pas eu d'expérimentation. Les établissements auront leurs prix 2004 en juillet, avec une négociation régionale au milieu de l'été. Cela posera des problèmes d'anticipation de l'effet de cette réforme sur les chiffres d'affaires des établissements bien souvent à la limite de la rentabilité. Il faut savoir que la base d'information sur laquelle sont calculés

les tarifs est une base PMSI 2002. Les systèmes d'information aujourd'hui ont un décalage énorme par rapport à l'activité actuelle. Quand on connaît la rapidité d'évolution des structures, la rapidité d'évolution également des Case mix, la base 2002 n'est pas forcément toujours une base de référence. Alors bien sûr on la nettoie, on l'actualise, mais quelquefois vous comprenez qu'on peut avoir quelques craintes quant à la maîtrise de l'effet. Donc cette absence de temps de vérification est un problème qu'on essaye de gérer mais qui est un problème effectif.

La deuxième crainte est relative à la mise en œuvre de l'évolution des systèmes d'information et de liquidation des caisses pivots mais aussi des logiciels de facturation des établissements. Les sociétés de services ont dû, à partir de la connaissance du modèle arrivé un peu tard, mettre en place une modification complète sur 800 établissements. A l'intérieur des cliniques il faut aussi la formation des hommes, les modifications des services de facturation, ce n'est pas forcément évident ; il y a toujours le doute. Les cliniques ont été quand même un peu échaudées par la réforme des caisses pivots. Il y a le doute que les systèmes d'information de l'assurance maladie, dans certains endroits, ne tiennent pas forcément les délais. Il y a aujourd'hui des tests mais sur des timings très tendus. Là-dessus, il faut ajouter l'incertitude de la CCAM tarifante qui, si elle se mettait en place simultanément avec la T2A du 1^{er} octobre, ce qui intellectuellement serait tout à fait intéressant, en pratique ça ne serait pas forcément évident.

Donc aujourd'hui un passage brutal et complet de la T2A dans les cliniques privées à 100 % au 1^{er} octobre n'est pas une partie facile mais c'était la seule possibilité de faire. On a quelquefois l'impression de servir de crash-test. Alors bien sûr il y a des garanties qui sont négociées sur des problèmes de trésorerie, etc., mais vous voyez que le passage n'est pas simple. Certains disent que les cliniques ont l'habitude, elles sont déjà tarifées à l'activité. Oui mais c'est un changement complet de la base de tarification. Et puis la CCAM tarifante devrait effectivement arriver assez vite pour qu'on puisse articuler les deux au niveau des établissements parce que autant la T2A peut être mise en place sans la CCAM mais la CCAM tarifante ne peut pas être mise en place sans la T2A.

Troisième point : Les enjeux et les risques de la T2A

Il y a dans la T2A des éléments très importants pour les cliniques : Il y a le fait que la rémunération à l'activité en GHM est intéressante dans l'approche médicale, intéressante aussi par une certaine équité qu'elle donne avec le public. Les cliniques, notamment au travers des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux, n'ont pas accès aux mêmes technologies que le public. Par ailleurs, l'introduction des cliniques dans les protocoles de recherche médicale ne peut aujourd'hui se faire puisqu'il n'y a pas de financement.

Donc la T2A devra apporter à ce niveau-là deux éléments intéressants puisque la liste des médicaments hors GHS, des dispositifs médicaux est commune aux deux secteurs public/privé et sera rémunérée en sus par rapport au GHS.

Comment ça marchera ? il y aura une marge d'intéressement puisqu'il y aura un prix plancher qui sera décidé et une possibilité éventuellement de bonus. Par contre il y aura un contrat de bon usage, c'est-à-dire que les médicaments hors dispositifs médicaux, et hors T2A, sur la liste devront procéder à des évaluations de pratique. Le décret qui vient de sortir ou qui est en consultation va beaucoup plus loin : il étend ces dispositifs d'évaluation à l'ensemble des médicaments y compris ceux qui ne sont pas dans la T2A, mais il étend aussi à ce qu'on appelle la mise en place de circuits de médicaments dits sécurisés sur lesquels, dans la convention et dans le contrat, il y aurait effectivement l'obligation d'un certain nombre de modes d'organisation au niveau du circuit du financement. Ce sont des éléments qui nous ramènent directement à la pratique médicale et à la bonne prescription.

Autre élément sur la partie pharmaceutique : la possibilité pour les cliniques mais là ce n'est pas encore discuté puisque, comme on le sait, il y a beaucoup d'éléments qui ne sont pas encore arrêtés, c'est la possibilité d'une base de financement de la recherche, des protocoles éventuellement sur les MIGAC, qui serait la possibilité pour certaines équipes cliniques de rentrer dans ces protocoles. Ce sont des éléments qui sont une ouverture sur une certaine équité public/privé et sur la possibilité pour les cliniques d'entrer dans ces chantiers sur lesquels elle a un certain nombre de performances et de pratique.

Ces éléments sont importants. L'élément de crainte qu'on peut avoir et c'est un enjeu important qui vaut sur toutes les tarifications, c'est comment sera gérée cette tarification. Est-ce que cette tarification sera faite sur la base de calcul de coûts historiques, etc., comme semble-t-il les premiers GHS publics ? Ou est-ce que ce sera vraiment un levier de bon usage, de qualité des prestations qui permettrait la diffusion de l'innovation et qui aura la possibilité de favoriser les bonnes techniques ou les bons protocoles ? C'est un outil qui peut le faire à condition effectivement qu'il soit utilisé avec cette réelle volonté. Le prix n'est pas le coût, le prix c'est la fixation d'un élément de tarification pour inciter telle approche ou tel protocole et a contrario il ne faudrait pas qu'un prix calculé un peu n'importe comment aille jusqu'à bloquer l'accès à des technologies, voire à des disciplines médicales.

C'est un enjeu important, ce n'est pas inscrit dans les gènes de la T2A, c'est inscrit dans la manière dont la T2A sera gérée. Or les cliniques sont un peu inquiètes parce qu'elles ont une culture de négociation, de conventionnement, de discussion et là dans le dernier PLFSS on a eu l'impression que c'était plutôt de manière unilatérale que pourraient être

fixés ces prix. Et ceci est très important. Il y a un investissement intellectuel sur la fixation des tarifs, sur la révision des classifications. La manière dont la classification a été opérée montre qu'on est resté sur une approche purement statistique. L'objectif, ce n'est pas de réduire les variables non expliquées ; l'important c'est de voir quel est l'impact de la fixation des tarifs sur l'accès aux soins, sur la disponibilité, sur la bonne pratique. Et cette démarche-là, elle n'est pas évidente.

Pour les cliniques, cela se couple par la conjonction de la T2A et de la CCAM tarifante. Et on s'est aperçu en travaillant avec les médecins que les deux classifications n'avaient pas été faites forcément de manière complètement emboîtée et que quelque part il était important que les deux classifications servent pour les cliniques avec la possibilité de convergence par rapport aux meilleures pratiques ou à l'évolution stratégique des établissements. Ceci est un point capital sur lequel il faut travailler.

Ensuite sur la qualité des soins, il ne faut pas voir forcément, dans un système de tarification, un système de tout compris. Il y a des leviers qui viennent s'articuler avec ce financement : il y a le levier de l'approche qualité, de l'accréditation, il y a aussi l'approche de la régulation par les autorisations, par la reconnaissance de telle ou telle activité qui sont des logiques qui doivent s'articuler avec la réforme de financement. On ne fait pas une réforme de financement pour la réforme du financement, il faut articuler l'ensemble de ces leviers, les SROS, la T2A, les démarches qualité et les reconnaissances. Ceci doit être articulé dans l'objectif d'efficacité du système et de réponse aux soins et à l'accessibilité. Ceci est tout à fait essentiel. Et concernant la prise en charge de toutes les pathologies parce que dans le système qui arrive le risque ce n'est pas qu'on dise : les cliniques ne font pas parce qu'elles ne peuvent pas faire, mais c'est que les secteurs public et privé soient en même temps sur cette logique. Si on a mal apprécié les coûts d'une activité... Je ne dis pas qu'une clinique, un hôpital ne vont pas calculer la rentabilité de chaque GHS, ils ont une approche globale mais ils ont bien une approche quand même de la couverture aujourd'hui de leurs dépenses par leurs recettes. Donc s'il y a des activités qui posent problème, elles poseront problème pour le public et pour le privé avec un risque majeur d'accessibilité, donc les approches en termes de couverture des besoins, de SROS, de tarification doivent être faites. L'approche de tarification doit être assurée avec une logique de fixation des prix qui ne soient pas complètement liés au coût mais qui soient des instruments pour le développement de la qualité, de l'accessibilité des nouvelles technologies et de la pratique médicale.

Ces modèles-là ne sont pas encore négociés, discutés alors que ce sont encore des points très importants. Je ne vais pas repartir sur l'approche comptable mais c'est le problème de L'ONDAM, c'est-à-dire de la régulation par l'enveloppe bloquée qui était

définie. Il faut que cette régulation devienne beaucoup plus médicale parce qu'on a hérité d'un ONDAM d'il y a vingt ans avec quelque part aussi des contraintes qui ne sont pas forcément cohérentes avec une tarification. Je pense qu'on peut très bien assurer la maîtrise des moyens mais avec une approche beaucoup plus sélective de la récupération des dépassements budgétaires. Ce sont des enjeux importants, en tout cas ce sont ces enjeux-là que médecins et établissements de soins doivent approcher et aborder ensemble parce que le risque est, si on ne l'aborde pas ensemble, que nous ayons là effectivement quelques déconvenues dans un certain nombre de développements.

Jean-Pol DURAND :

La problématique de la T2A comme levier de qualité des soins qui va être maintenant beaucoup plus exploré par M. Alain COULOMB.

Intervention de Monsieur Alain COULOMB, Directeur Général de l'ANAES :

Mesdames, Messieurs, chers amis, bonjour. Je vais donc me centrer sur le sujet qui m'a été proposé en essayant de répondre à cinq questions que vous vous êtes posées sans avoir jusqu'à présent la réponse et donc vous aurez, sinon des réponses, au moins des questions que nous pourrions partager.

Conçue comme un dispositif visant à améliorer l'efficacité économique du système hospitalier, la tarification à l'activité (T2A) est parallèlement suspectée d'entraîner un risque de dégradation de la qualité des soins. Pour certains, la dégradation attendue est intrinsèquement liée à la T2A condamnant ainsi la réforme, pour d'autres il s'agit d'un risque, dont l'identification doit conduire à concevoir des mesures de contrôle.

Pour appréhender correctement ce débat, en évitant les caricatures trop souvent faites de la T2A, il convient tout d'abord d'en bien comprendre les caractéristiques dont les fondements théoriques apportent déjà quelques éléments de réponse. Je traiterai ce point dans une première partie.

Puis, je rappellerai dans une deuxième partie que la tarification à l'activité a pour vocation de se substituer à des modes de financement dont les effets pervers en termes de qualité ne doivent pas être ignorés.

Je m'attacherai ensuite à traiter de la question des effets pervers attendus ou redoutés de cette réforme, au regard notamment des expériences étrangères, en présentant également les moyens possibles d'y remédier.

Je proposerai enfin, avant de conclure, que la vision antagoniste de la relation qualité / efficacité économique puisse être dépassée au profit d'une vision plus synergique.

I- La tarification à l'activité : fondements théoriques et principes opérationnels

La tarification à l'activité est fondée sur la recherche d'un effet incitatif à l'amélioration de l'efficacité des établissements de santé. Le principe est que la détermination de prix standards connus a priori des établissements et indépendants de leurs prix de revient les conduit à maîtriser leurs coûts d'exploitation de façon à dégager à leur profit une marge d'exploitation. On reconstitue ainsi les principes de fonctionnement d'un marché ou plutôt d'un pseudo-marché dans la mesure où les prix sont définis par l'autorité administrative et non par la confrontation de l'offre et de la demande.

Un tel modèle suppose que les établissements peuvent maîtriser leurs coûts face à des produits suffisamment spécifiés. A l'inverse, le risque est celui de voir les établissements faire face à des situations où le coût varie de façon indépendante de leurs efforts par exemple du fait de l'admission de patients plus lourds. Dans cette situation, le régulateur doit éviter de fixer des prix trop bas qui compromettraient la capacité des établissements à délivrer des soins de bonne qualité. Une solution consiste à aligner les prix sur les coûts maximums connus. Elle conduit cependant à des situations de rentes pour les établissements qui ont une proportion de patients lourds plus faible.

En pratique, ces situations sont évidemment liées, l'observation de coûts élevés pouvant provenir aussi bien d'une mauvaise gestion que de facteurs exogènes aux établissements. Dans le même esprit, les gestionnaires tendent à s'attribuer les bénéfices de bons résultats et à justifier les mauvais par des données exogènes. La réponse pratique consiste alors à mixer les conditions de financement en rémunérant les établissements pour partie sur la base de leurs coûts et pour partie sur la base de prix standards.

Le dispositif opérationnel arrêté pour la T2A combine ainsi ces deux modes de financement. La source principale de financement est la rémunération des séjours décrits en termes de Groupes Homogènes de Séjours, issus du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). A chaque GHS est associé un tarif standard qui, au terme de la période de convergence, devrait être identique (au moins pour les établissements pour lesquels les tarifs ont vocation à couvrir le même périmètre de charge. Il convient en effet de rappeler que les praticiens et les personnels qui sont rémunérés par eux sont rémunérés à part par le biais des honoraires dans les cliniques

privées) pour tous les établissements. Sont également rémunérées sur la base de prix standards, les activités des services d'urgences, les journées supplémentaires correspondant au séjour des "outliers", ou les journées de réanimation, surveillance continue ou soins intensifs facturés en sus des tarifs des GHS. En revanche, le montant total payé à l'établissement dépend du nombre de journées réalisé par l'établissement. Enfin, les médicaments et dispositifs coûteux remboursés en sus du tarif du GHS sont remboursés sur la base de la dépense réelle. Le dispositif de financement est enfin complété par des dotations annuelles de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), dont les modalités de calcul (coûts standards ou coûts réels) ne sont pas encore connues. On peut cependant raisonnablement supposer qu'un dispositif combinant prix standards et coûts sera retenu.

II-Les effets pervers des systèmes de financement existant

Les mécanismes de financement auxquels la T2A se substitue se sont révélés porteur sd'effets pervers défavorables à la qualité des soins. En faisant peser une contrainte forte sur les établissements, le budget global s'est révélé un frein à la diffusion des innovations diagnostiques et thérapeutiques. Dans certains pays, le budget global appliqué aux établissements a conduit à l'apparition de files d'attentes, les récentes évolutions observées en France semblant également mettre en évidence l'apparition du même phénomène, au moins dans certains secteurs d'activité.

D'un point de vue macro économique, les inégalités de ressources qui se sont pérennisées sont aussi la traduction d'une allocation non optimale des ressources, source de non-qualité. Dans le secteur privé sous contrat, l'existence d'un financement à l'activité a permis aux établissements de bénéficier d'une meilleure capacité à adopter les innovations sous la réserve que l'assurance maladie accepte de les intégrer dans les prestations remboursables (inscription au TIPS ou à la NGAP). Cependant, comme dans le secteur public, les inégalités de ressources et l'inadéquation des rémunérations relatives des activités a entraîné une allocation des ressources non optimale.

III-Les effets pervers attendus et mesures de correction

Si le constat des limites des systèmes précédents permet de disposer d'une échelle de comparaison plus réaliste, elle ne doit pas pour autant conduire à ne pas s'interroger sur les effets pervers possibles de la T2A en terme de qualité des soins.

La dégradation de la qualité des soins peut être la conséquence de plusieurs comportements souvent décrits comme une conséquence possible de la tarification à l'activité : le raccourcissement abusif des durées de séjour entraînant des sorties trop précoces sources de ré hospitalisation, la non délivrance de soins optimaux consécutive à une recherche excessive d'économie dans le coût des hospitalisations, et à l'inverse la multiplication abusive des actes et des hospitalisation du fait de l'adoption par les établissements d'un comportement productiviste.

Il n'entre pas dans mon propos de faire un recensement exhaustif de la littérature relative à ce sujet. Si on se fonde sur l'expérience américaine, qui constitue l'expérience la plus ancienne de paiement prospectif fondé sur les DRG (depuis 1983), il semble qu'un réel consensus existe pour considérer, qu'en dépit des très nombreuses recherches menées sur ce thème, il n'existe aucune preuve significative d'un impact négatif sur la qualité des soins. A l'évidence, les critiques qui en sont faites notamment par les représentants des hôpitaux américains portent non pas sur les principes du dispositif qui sont aujourd'hui largement admis mais plutôt sur le niveau des tarifs qui peuvent, s'ils sont fixés trop bas, entraîner une pression excessive sur les coûts et sur le niveau de qualité. A l'inverse, l'expérience des pays nordiques (Suède et Norvège) montre que la réforme a contribué à une réduction significative des files d'attente, améliorant ainsi la qualité du système de soins.

Il va de soi que l'observation relative au niveau des tarifs est transposable dans le contexte français et que la qualité des soins peut être tout autant impactée par le montant des ressources allouées aux établissements - quel que soit le mécanisme de financement - que par les effets induits par le mécanisme de financement lui-même. Là encore, il convient cependant de relativiser le constat, la simple observation de la dispersion des coûts des établissements de santé conduisant à penser qu'il n'existe vraisemblablement pas de lien mécanique entre le niveau des ressources et la qualité des soins. L'analyse encore sommaire des résultats de l'accréditation pourrait confirmer cette hypothèse. Si on admet en effet de considérer que l'absence de recommandation ou de réserve constitue une indication d'un niveau de qualité supérieur, les établissements qui sont dans cette situation ne paraissent pas bénéficier de ressources supérieures (point ISA) à la moyenne des établissements de santé.

La T2A constitue un mode de financement par lequel les ressources suivent les patients (au lieu de les précéder comme dans le cas du budget global). A ce titre, comme toute entreprise qui vit des revenus de son activité, l'hôpital ne saurait se dispenser de satisfaire ses patients et les médecins qui les adressent. Indépendamment de toute préoccupation éthique, le maintien de la qualité des soins constitue un impératif économique pour des établissements de santé dès lors que les patients sont, avec l'aide ou pas de leur médecin traitant, en situation de pouvoir choisir leur lieu d'hospitalisation. On notera ici que, pour que ce mécanisme fonctionne, deux conditions doivent être remplies. La première est celle de la disponibilité de l'information, la deuxième est celle du maintien d'une possibilité de choix, ce qui du point de vue des établissements signifie le maintien d'une situation de concurrence. Sur le premier point, la montée des phénomènes consuméristes ne permet pas de douter de la pression croissante qui ne manquera pas de s'exercer pour que cette information soit disponible. Sur le deuxième point, la situation pourrait être plus préoccupante notamment dans les zones non urbaines où les établissements de soins tendent à être de plus en plus souvent en situation de monopole sous la pression des restructurations, elles-mêmes induites par les difficultés démographiques. Dans les zones urbaines, l'intérêt de maintenir des zones de concurrence doit venir équilibrer les volontés parfois excessives de développer les complémentarités en supprimant toute redondance de l'offre.

Une réponse complémentaire peut enfin être fournie par les dispositifs d'inspection et de contrôle de l'Etat et de l'assurance maladie dont disposent les pouvoirs publics et dont l'action pourrait être utilement orientée en fonction de la nature des effets pervers attendus.

IV- Une approche synergique de l'efficacité économique et de la qualité

Dans le discours hospitalier, la qualité est souvent opposée à l'efficacité économique. Faire plus de qualité suppose de dépenser plus et réciproquement tout effort de maîtrise des dépenses ne peut que conduire à la dégradation de la qualité des soins. Dans cette vision antagonique, les soignants et les gestionnaires sont en charge pour les premiers de la qualité et pour les seconds de l'économique, réunissant ainsi les ingrédients d'une vision conflictuelle de leurs relations.

Or, il convient de mettre en avant que si la qualité peut avoir un coût, celui de la non-qualité est probablement encore plus important. Quelques chiffres suffisent à illustrer l'ampleur des enjeux : 700.000 à 800.000 infections nosocomiales chaque année dont le coût unitaire varie de 300 à 35.000 € selon le siège, de 400.000 à 2.000.000

d'évènements indésirables médicamenteux pour un coût unitaire de prise en charge de 2000 à 4000 €

Divers travaux ont montré que l'investissement dans la qualité pouvait être rentabilisé du point de vue économique, sans compter bien évidemment le gain pour les patients qui est l'objectif premier. Ainsi, par exemple, un travail réalisé sur un service hospitalier a montré une baisse des infections nosocomiales de 14% avec, comme disent les économistes, un retour sur investissement positif.

Bien évidemment, les propos qui précèdent ne sont que des illustrations et non une démonstration. Ils visent avant tout à montrer d'une part que la qualité des soins et la maîtrise des dépenses ne sont pas contradictoires, et d'autre part que les montants en jeu sont suffisamment importants pour que l'investissement dans la qualité constitue un véritable enjeu de régulation.

Dernière réflexion : et l'ANAES dans tout ça ? Il y a un comité d'évaluation de la réforme de la T2A qui a fait l'objet d'un arrêté qui va être publié dans les prochains jours et que j'ai l'honneur de présider, qui va donc s'occuper de l'impact sur l'offre de soins, l'efficacité économique et la qualité des soins.

Il y a bien évidemment un deuxième axe qui consiste à promouvoir la qualité en tant qu'outil de rationalisation économique ou d'efficience. Vous l'avez vu probablement en tête du projet de loi et dans quelques déclarations fortes qu'a fait le Ministre, notamment lundi à Bordeaux sur le lien entre qualité et allocation de ressources, en particulier dans les établissements de santé. A ce titre, un premier chiffre de 15 M€ a été annoncé pour accompagner les établissements qui se lanceront dans des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles en lien avec la version 2 de l'accréditation.

L'information des usagers je n'y reviens pas. S'il y a une question sur ce que j'ai fait avec un palmarès, j'y répondrai, mais d'une façon ou d'une autre nous avons collectivement un devoir de meilleure information des usagers. Aujourd'hui il n'est sûrement pas discriminatoire mais après tout les journalistes font bien leur boulot, je ne vois pas pourquoi je me substituerai à eux.

Et dernier point plus précis qui intéresse directement les établissements : un lien dont on ne sait pas très bien comment le faire mais déjà il est important d'avoir un peu de sous avant de savoir comment on va les distribuer, en mettant donc une relation entre allocation de ressources et accréditation.

Voilà les bonnes nouvelles qui, j'espère, convaincront les plus réticents d'entre vous mais ils ne sont pas là puisqu'ils n'ont pas eu la chance de venir assister à ce remarquable débat que tu as, Jean-Pol, magnifiquement organisé. Merci à tous de votre attention.

Jean-Pol DURAND :

Merci beaucoup du compliment pour les journalistes qui font bien leur boulot. On a 25 minutes pour discuter du débat, sachant qu'on y reviendra tout à l'heure avec l'intervention sur le lien entre l'accréditation et l'allocation de ressources de M. RITTER qui est Directeur de l'ARH Ile-de-France.

Questions – réponses avec la salle

Loïc GEOFFROY :

Je crois que la T2A et la CCAM et la rémunération des médecins et des cliniques est quelque chose qu'on ne découvre pas aujourd'hui.

La T2A et la CCAM peuvent condamner effectivement des disciplines parce que nous travaillons sur des impacts des différentes tarifications.

Nous avons la CNAM qui rémunère les médecins, qui négocie avec eux et nous avons, nous, plutôt l'Etat comme interlocuteur. Nous sommes sur un système entre deux chaises. C'est vrai au niveau de la Fédération. Au niveau des cliniques, il est clair que quel que soit le système de propriété des cliniques et de financement de l'investissement, du capital, il y a intérêt à agir par rapport au système. Vous avez eu certainement des présentations ce matin qui vous ont montré qu'avec un système de financement de ce type l'intérêt à agir stratégiquement c'est effectivement de travailler sur l'ensemble des choses. Je n'ai pas peur là-dessus, en tout cas au niveau de la Fédération, avec les Syndicats médicaux, nous sommes là-dessus sur la même longueur d'onde. Il y a des négociations qui ont lieu après au niveau des cliniques localement sur : est-ce qu'il faut payer ça et ça... Vous avez vu que dans beaucoup d'endroits maintenant les CME sont reconnues, après le pouvoir au niveau des cliniques c'est aussi effectivement le financement du capital mais je pense qu'on est vraiment sur le bon chemin. En tout cas moi je peux vous assurer que nous à notre niveau nos relations avec les médecins sont très claires et on a intérêt en plus, lorsqu'ils négocient comme ce matin à la CNAM sur la rémunération et la continuité des soins en clinique, on a tout à fait intérêt à être dans le même sens.

Jean-Pol DURAND :

Jean-Claude GOURHEUX et Jean HALLIGON aussi s'il veut intervenir sur les CME... non ?

Jean-Claude GOURHEUX :

Je voudrais que nos deux invités répondent un petit peu à la question de la démarche qualité vis-à-vis de la T2A et vis-à-vis de l'évaluation des pratiques professionnelles, notamment de l'accréditation.

Au niveau de cette démarche qualité, il y a une convergence des praticiens et de l'administratif des établissements et il nous semble que cette convergence ne peut se faire qu'en un seul lieu c'est au niveau de la CME, puisque c'est elle qui a la responsabilité de la qualité au niveau de la démarche de soins.

A ce sujet, on a vu qu'il y avait des possibilités d'aller d'une dépense de 1 à une économie de 10 et je suis persuadé que si pour un service rendu vous arrivez à prouver, par la qualité partagée à l'intérieur d'un établissement et notamment par les CME, qu'il y a une économie de 9, vraisemblablement vous pouvez offrir aux praticiens de cette CME les moyens de cette transversalité indispensable pour remplir leur mission.

J'aurais aimé une réponse parce que c'est ce que j'entendais un petit peu dans la démarche d'évaluation de la qualité et je voudrais un petit peu titiller notre ami Alain COULOMB parce que quand on nous parle d'accréditation avec évaluation des pratiques professionnelles, je pose la question : qu'est-ce qui va demain garantir l'indépendance de l'évaluation des pratiques professionnelles gérées par la profession médicale dans le système de l'accréditation plus EPP ?

Loïc GEOFFROY :

Je disais tout à l'heure que la démarche qualité est une démarche de management de l'entreprise. On ne peut pas dissocier la qualité du management parce que c'est tout à fait impliqué. La CME a un rôle central sur la démarche médicale mais par exemple : aujourd'hui nous avons des problèmes de couverture de risques assurantiels. Les assureurs reviennent sur le marché avec des systèmes d'évaluation très stricts des systèmes de gestion globale du risque des cliniques. C'est un élément fondamental. Il faut y répondre si vous voulez avoir une prime qualité suffisante. Demain et aujourd'hui déjà les complémentaires sur un ensemble de choses vont négocier des conventions.

Je suis tout à fait d'accord avec Alain COULOMB. La gestion des risques, la démarche qualité sont des éléments essentiels non seulement pour l'accueil et la réputation des cliniques mais aussi pour le management et les coûts. Les coûts de non qualité qu'il a présentés, c'est énorme. Il a dit que les risques étaient largement organisationnels, c'est vrai. La plupart des défauts majeurs viennent des problèmes d'organisation. Ne pas les régler c'est imposer aux cliniques des primes d'assurances pour les couvrir. Donc là on a

une démarche aujourd'hui d'assurances. Je crois que cette démarche assurantielle, cette démarche de qualité, elle est conjointe et si elle n'est pas intégrée dans les finalités de l'entreprise, elle ne réussira pas avec des techniques que les entreprises ont aujourd'hui développées et que l'ANAES diffuse, notamment dans la gestion globale du risque, etc. Dans une clinique, la relation avec les médecins, et l'importance des médecins dans ce rôle, notamment sur tout ce qui est médical etc., est tout à fait essentiel et la CME est un lieu central effectivement où ces approches de qualité et de gestion des risques doivent être discutées, négociées et mises en œuvre, et évaluées.

Alain COULOMB :

Il se trouve que nous lançons en ce moment la version 2 du manuel d'accréditation qui se caractérise par trois aspects : un accent particulier sur le risque, une incitation spécifique sur le management qui ne touche pas les administratifs ; le management c'est au fond comment faire vivre ensemble des gens qui ont des métiers, des intérêts différents de telle manière que leur confrontation produise plus de mouvement que de chaleur.

Donc comment faire en sorte que ça produise moins de chaleur et plus de mouvement ? C'est ça le management et je me permets de vous dire que c'est cela qui détermine la qualité globale de l'établissement. Nous avons eu des discussions avec plusieurs d'entre vous très longues, très vives, sur par exemple : est-ce que c'est plus facile dans le public que dans le privé ? est-ce que c'est plus facile quand on est riche que quand on est pauvre ? est-ce que c'est plus facile en MCO ou pas en MCO ? A Paris, à Vesoul ? Quand on est petit, gros, etc.

Nous avons aujourd'hui la réponse. La réponse c'est que la qualité globale mesurée à travers certes un processus un peu rustique qui est celui de l'accréditation, est quasi indépendante de ces facteurs exogènes. C'est-à-dire qu'on trouve d'excellents établissements dans le secteur public et privé et des moins bons, d'excellents établissements en MCO, en soins de suite et des moins bons, quelle que soit la taille, quel que soit le point ISA, aussi indicateur rustique. Ca veut dire que tout le débat sur : pour faire de la qualité il faut être riche est parfaitement illustré par l'AP de Paris...

Alors la version 2 c'est une percée conceptuelle dont le caractère sauvage va vous esbaudir, on ne vient pas dans un établissement de santé pour y déjeuner, pour y dîner ou pour dormir, on y va pour être pris en charge médicalement. Or la version 1 du manuel d'accréditation, pour des raisons tenant à l'incapacité qu'avaient les docteurs de nous donner des indicateurs, a été largement fondée sur les fonctions logistiques et transversales et quand on a donné notre manuel d'accréditation en bon auteur, les plus aimables d'entre nous ne l'ont pas lu, les autres nous l'ont jeté sur la figure en disant :

c'est quoi ce truc, ça ne me concerne pas. Donc on les a entendus et on a essayé de lancer donc une version 2 qui leur parle à travers l'évaluation des pratiques professionnelles.

Qu'est-ce qui garantit l'indépendance ? C'est vous qui le ferez. L'évaluation des pratiques professionnelles, c'est fait à partir de recommandations qui sont élaborées par vos sociétés savantes pour l'essentiel, à partir de référentiels qui sont élaborés avec vous à partir de médecins qui sont des volontaires choisis parmi vous. Vous êtes parfois plus exigeants que nous et le plus souvent quand on a un apport méthodologique on dit : attendez, ce n'est peut-être pas possible de faire tout ça tout de suite, etc. etc. Mais franchement l'accréditation est une démarche d'accompagnement de professionnels par des professionnels. Et l'apport le plus positif que tous les établissements accrédités notent c'est qu'ils ont vu des gens arriver chez eux – il y a toujours quelques scories – mais qui étaient des vrais professionnels, qui ne leur ont pas tapé sur la tête, et qui les ont accompagnés dans leur démarche, qui les ont appréciés et évalués suivant une méthode certes rigoureuse mais avec cet aspect de connaissance et de compétence qu'ils ne trouvent pas toujours, disent-ils, dans les représentants locaux de l'Etat ou de l'assurance maladie.

Jean-Pol DURAND :

Le micro était demandé par Bruno SILBERMAN.

Bruno SILBERMAN :

On a bien senti dans la première présentation que le souci ce n'est pas la mise en route, c'est la maintenance. On nous a expliqué qu'on avait depuis 30 ans le même système d'allocation de ressources, le budget global depuis 15 ou 20 ans et on sait, nous médecins, quand on discute de la NGAP par exemple que l'on met beaucoup de temps pour changer quoi que ce soit.

Je suis d'accord : Commence l'innovation et la qualité et tu auras une allocation de ressources qui s'adaptera. Tout ça c'est vrai, à l'ANAES il faut être plus rapide mais la réalité c'est qu'une vieille tradition française est de prendre son temps. Vous qui êtes des routiers de la discussion, vous voyez que ce système est appelé à faire évoluer et les comportements et les prix – je ne parle pas des coûts – et je ne parle pas au niveau régional on va en parler juste après. On pourrait avoir des espoirs régionalement quand on est convaincant. Mais au niveau national, c'est là où ça va se discuter, vous y croyez ?

Loïc GEOFFROY :

J'ai des doutes, mais je dis fermement que si ça ne se fait pas on va au mur. Aujourd'hui si on n'a pas de transparence sur les méthodologies de calcul de prix, si on n'a pas une logique de prix, de levier de politique, et s'il n'y a pas une actualisation de ces systèmes par rapport à l'accès aux soins on va au mur. Donc si on a une gestion bureaucratique de la tarification T2A comme de la CCAM, nous allons au mur, et la meilleure manière de tuer effectivement la médecine libérale c'est de tuer sa nomenclature ou de la laisser vieillir.

Aujourd'hui, il y a un enjeu fondamental c'est rendre ces discussions, ces fixations de tarifs, tous ces éléments d'abord transparents sur la partie méthodologique et ensuite les négocier. Je disais tout à l'heure qu'on avait une culture de négociation c'est très important parce que de la culture de négociation remontent des informations. Mais il faut aussi qu'au niveau national on puisse remonter ce qui se passe au niveau régional parce que toutes les régions ne sont pas identiques. Et il ne faut pas que cette tarification commune public/privé, même si elle ne couvre pas 100 % de la rémunération des établissements parce qu'il y a non seulement le MIGAC mais aussi les forfaits, soit gérée en nomenclature, en outil tarifaire et non pas en approche de coûts historiques qui ne représentent rien et qui dysfonctionnera systématiquement parce qu'ils feront comme le budget global, ils seront des parachutes pour les incapables.

Jean-Pol DURAND :

Alain COULOMB un mot si vous voulez sur ce sujet-là et surtout une réponse aussi : à quoi sert votre mission d'appui à l'accompagnement... d'observation ?

Alain COULOMB :

Je crois vraiment que le vrai choix est d'intégrer la qualité non pas comme une cerise sur le gâteau mais comme un levier de changement, comme une mesure incitative et valoriser la qualité et favoriser l'évolution des acteurs.

Un arrêté a été signé ces jours derniers qui encadre la mise en place de la tarification à l'activité d'un certain nombre de comités, donc il y a un comité professionnel. Et c'est plutôt une bonne idée d'avoir créé un comité d'évaluation qui est chargé de trois aspects. Il est chargé de mesurer l'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins. Deuxièmement, il est chargé de voir l'efficacité économique de la réforme, c'est-à-dire est-ce que la tarification de l'activité favorise l'efficacité et enfin il est chargé d'examiner l'évaluation de la qualité et l'accès aux soins. Est-ce qu'il y a une sélection des malades ? Est-ce que ça favorise ou non la qualité ?

Il sera mis en place avant les vacances, du moins je l'espère... Il se trouve que je le préside, il est composé de représentants bien sûr de l'Etat, de l'assurance maladie, des Fédérations. On a un peu de temps pour évaluer la réforme parce qu'elle n'est pas en

place ; par contre il me paraît tout à fait important de mettre en place une sorte d'état d'un instant T pour mesurer une évolution. Donc il va falloir inventer assez rapidement des instruments pertinents, robustes et productifs sur l'accessibilité, la qualité des soins et l'efficacité du système pour faire une sorte d'état des lieux seul susceptible de nous permettre ensuite d'évaluer l'évolution éventuelle de la T2A sur le sujet.

Jean-Pol DURAND :

Mais après tout c'est votre job ? Question ?

Vous avez prévu des difficultés avec les caisses pivots, de quelles difficultés s'agit-il ?

Loïc GEOFFROY :

Le problème c'est que dans cette opération-là c'est quand même un basculement assez rapide, un changement complet du système d'information défini assez rapidement. On craint que toutes les caisses ne soient pas aptes le 1^{er} octobre à mettre en place tous leurs systèmes d'éléments. On travaille, on essaie de limiter les risques. On essaie de trouver des solutions mais c'est vraiment tendu comme timing parce qu'on a commencé un peu tard, il y a eu les arbitrages, les modèles sont arrivés tard. Donc aujourd'hui tout le monde travaille mais mobiliser l'ensemble des caisses avec leurs différences sur tout ça, et l'informatique ce n'est pas évident...

Donc c'est une des craintes que l'on a que l'on ne soit pas prêt... que les caisses ne soient pas prêtes... on espère qu'elles seront prêtes et d'ailleurs la politique des caisses c'est d'essayer de se mettre en phase ; mais on peut avoir des craintes parce qu'on a eu cette expérience et on est vraiment très tendu en matière de logiciels.

- A partir du 1^{er} octobre, dans la mesure où la CCAM ne sera pas en place, comment on va facturer ? On va facturer le bas du bordereau 615 et le haut du bordereau 625 ?

Loïc GEOFFROY :

Il n'y a pas de problème. Si la CCAM n'est pas tarifante au 1^{er} octobre, ce qui n'est pas le souhait des médecins, on continue sur le CdAM, et on fait du groupage il n'y a pas de différence. C'est une des hypothèses qui est, en termes de délai, la plus facile.

Si la CCAM est tarifante au 1^{er} octobre, il faut très rapidement que les logiciels se mettent en place, non seulement les logiciels externes mais aussi à l'intérieur des cliniques, la liaison avec les médecins, le bordereau, donc là on rajoute une tension. Je suis sur la partie technique, c'est bien clair.

Jean-Pol DURAND :

Le micro devant pour une dernière question.

- Simplement pour savoir qui auprès de l'assurance maladie va garantir que les caisses seront prêtes ? En fait c'est ça le problème. Il faut qu'on soit prêt techniquement mais il faut bien que quelqu'un dise, un jour : nous sommes prêts.

Loïc GEOFFROY :

Il y a un responsable au niveau de la CNAM qui pilote l'ensemble des caisses dans certaines régions, notamment dans la région PACA ; les caisses et les cliniques sont organisées pour suivre. Il y a beaucoup de comités qui se mettent en place pour suivre mais il y a un responsable au niveau de la CNAM qui est chargé de cela, adjoint du Directeur et qui en rend compte aussi à la mission T2A.

Chaque semaine un bilan des difficultés remonte des cliniques ou des caisses. Quelquefois les caisses ont tendance à dire : c'est les cliniques qui ne bougent pas et réciproquement.

Le problème c'est que les sociétés de service qui ont par exemple 200 cliniques ou 150 cliniques, il faut bien qu'ils mettent en place un logiciel sur des cliniques pour les tester et ensuite faire du redéploiement, donc toutes les cliniques ne sont pas mises au même moment et les cliniques généralement sous-traitent l'informatique. Ce n'est pas toujours facile de savoir mais nous avons là mis en place un système de vigilance. Il y a un interlocuteur à la CNAM.

Jean-Pol DURAND :

Jean-Claude GOURHEUX, un mot de conclusion ?

Jean-Claude GOURHEUX :

On va remercier les deux acteurs qui nous ont un peu orientés vers les démarches que l'on doit effectuer parce que c'est plus un chantier ouvert que des réalités à saisir et donc à nous les médecins de savoir s'interposer de façon forte pour pouvoir être acteurs, y compris dans cette démarche qualité et dans la mise en place de la T2A.

Jean-Pol DURAND :

Je vous propose d'applaudir tout le monde et puis on va appeler, pour une inversion des rôles, M. RITTER, et Claude LE PEN, qui vont prendre place autour du Président Bruno SILBERMAN à qui je vais demander d'introduire la session.

2^{ème} Session

Philippe RITTER, Directeur de l'ARH d'Ile-de-France et Claude LE PEN, Professeur d'Economie de la Santé à Paris Dauphine.

Bruno SILBERMAN un mot d'introduction ?

Bruno SILBERMAN :

On finit cette journée presque dans la pratique, c'est-à-dire en pratique avec la T2A qui commence à la rentrée pour tous les établissements privés et avec cette dualité public et privé au niveau régional et non plus au niveau national... vous faites quoi ? vous faites comment ? vous accompagnez comment ? vous donnez quoi en plus à ceux qui sont dans la qualité ? Donc en réalité ça se passe comment chez vous parce que vous êtes quand même en charge de ce qui se passe ?

Et le sujet juste après nous concerne tous : c'est une réflexion sur l'impact sur notre exercice quotidien dans les établissements ; la mise en place de la T2A va sûrement permettre de réfléchir un peu plus sur ce qui va nous arriver. Je laisse la parole et je remercie déjà nos deux intervenants pour avoir bien voulu venir.

Intervention de Philippe RITTER :

Tout d'abord je vous remercie de m'avoir invité. Les Agences Régionales d'Hospitalisation n'ont, en l'état actuel des choses, pas tellement de rapports avec les médecins libéraux et les URML aussi bien en Rhône Alpes qu'en Ile-de-France ; je crois que nous avons quand même eu déjà des rapports suivis, notamment sur des aspects de planification, préparation, exécution des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Nous allons avoir sans doute des rapports beaucoup plus fournis dans les temps qui viennent si le projet de loi sur l'assurance maladie est voté puisque dans ce cadre-là il est prévu une action organiquement organisée entre les ARH et les URCAM pour notamment veiller à la bonne organisation des soins ambulatoires, ce qui est un vaste programme, comme vous le savez.

En ce qui concerne l'allocation de ressources, c'est effectivement une mission confiée aux Agences Régionales d'Hospitalisation par l'ordonnance dite Juppé de 1996 qui demandait aux ARH d'une part de définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, donc ce qui exclut le secteur ambulatoire ; et d'autre part d'analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, et enfin, qui n'était pas le rôle le moins important, déterminer leurs ressources donc des établissements publics et privés.

Jusqu'à présent vous le savez, il y avait deux systèmes radicalement différents pour le secteur public et le secteur privé. Pour le secteur public, le budget global public et participant au service public, budget global qui était arrêté donc au niveau national, ensuite réparti entre les régions par le Ministère, à charge pour les agences régionales ensuite de notifier des enveloppes budgétaires aux établissements. Ces notifications tenaient largement compte de données historiques évidemment puisque dans les établissements publics notamment, les charges de personnel représentant entre 70 et 80 % du budget, il n'était guère possible de modifier très brutalement les allocations de moyens aux établissements.

D'autre part, les Agences travaillaient sous une contrainte nationale de péréquation inter-régionale pour introduire plus d'équité dans l'allocation des moyens. Donc, les régions considérées comme bien dotées – dont l'Ile-de-France– se sont trouvées pénalisées par la péréquation inter-régionale. Au niveau de la région, l'ARH a donc dû intégrer ce facteur dans l'allocation de moyens. De fait, en moyenne, les établissements franciliens touchaient moins que la moyenne nationale des ressources distribuées. La politique de l'Agence qui souhaitait plus d'équité à l'intérieur de la région accentué cette tendance. D'où un deuxième niveau de péréquation.

Pour le privé, le rôle de l'Agence était plus modeste. Dans le cadre de tarifs fixés au niveau national, les Agences procédaient à des ajustements dans le cadre de fourchettes fixées aussi au niveau national (d'accords avec la Fédération nationale ou par voie d'autorité s'il n'y avait pas d'accord). L'accord avec la profession au niveau régional concernait simplement les fourchettes d'ajustement des tarifs fixés au niveau national. Dans les deux cas, l'objectif était de réduire autant que possible les inégalités. Dans le public comme dans le privé le poids de l'histoire était important ; certaines cliniques étaient historiquement fort bien dotées.

J'ajoute que, aussi bien pour le public que pour le privé, les analyses étaient beaucoup plus quantitatives que qualitatives. Nous n'avons pas encore aujourd'hui tous les instruments de mesure qui permettent véritablement de faire une attribution équitable au vu de la qualité des prestations. Les éléments pris en compte sont généralement exclusivement quantitatifs.

La T2A concerne le public et le privé. Il y a des principes de base qui sont communs mais, dans la réalité, il y a peu de choses réellement communes entre la T2A dans le public et la T2A dans le privé.

Les établissements publics sont entrés dans la T2A le 1^{er} janvier dernier mais à doses relativement homéopathiques puisque sur la base de leur budget 2003, on a considéré qu'à partir de 2004 on allait leur donner 10 % de leurs ressources en fonction des

critères de la T2A, mais toujours sur des données forfaitaires et non pas d'activités réelles.

Au contraire les établissements privés vont entrer d'emblée dans la réforme le 1^{er} octobre prochain si la date est toujours confirmée. Il est vrai que pour vous le saut est beaucoup moins considérable que pour le public. Vous êtes déjà dans un système où il y a des tarifs en fonction de la catégorie des actes. Dans le public par contre, on passe d'un système où il y avait une dotation globale qui était très indirectement liée à la production d'actes dans l'établissement et donc le saut est beaucoup plus important du point de vue conceptuel à la fois pour les gestionnaires hospitaliers et pour les praticiens. Jusqu'ici les praticiens se sentaient très peu concernés par le volume d'activités produites dans le secteur public.

Dans les deux cas, public et privé, les tarifs seront fixés au niveau national puisqu'il y a un objectif de convergence nationale. Cela va plutôt dans le sens de la réduction de l'autonomie des Agences en matière d'allocations de ressources. Ces tarifs nationaux doivent permettre de tendre à une égalité de traitement à horizon de 2012. On a fixé huit années pour la montée en charge du système, aussi bien dans le public que dans le privé, la différence étant que dans le public on augmente peu à peu la charge des ressources données au travers de la T2A et donc on diminue la part du budget global. Dans le privé, on fixe des coefficients de transition qui doivent permettre en 2012 d'arriver à une tarification commune, sous réserve de coefficients correcteurs géographiques qui sont censés tenir compte de différences structurelles de charges. Cette année, en Ile-de-France, le coefficient correcteur est de 10 % (identique pour le public et pour le privé) pour Paris et la Petite Couronne, et de 0 % pour la Grande Couronne ; ce qui a suscité un tollé aussi bien dans le public que dans le privé puisque, pour ne prendre qu'un exemple dans le public : Aulnay en Seine-Saint-Denis touche un coefficient de 10 %, Gonesse, qui est à 5 kms et dans un bassin qui n'est pas sensiblement différent à aucun point de vue, touche zéro. Donc aussi bien le public que le privé se sont ligüés pour demander la révision de ce coefficient géographique en 2005.

Tous les problèmes ne sont donc pas réglés d'emblée par la mise en œuvre de la T2A et que nous avons encore beaucoup de problèmes devant nous. L'idée fondamentale évidemment c'est de trouver plus d'équité dans l'allocation des moyens en tenant compte réellement de l'activité des établissements, ce qui n'était pas le cas vraiment jusqu'à présent au moins dans le secteur public et PSPH.

Du point de vue de l'Agence, nous sommes dans une situation très tendue parce que c'est une réforme qui a été menée tambour battant et sans véritable simulation préalable, sans que tous les outils soient prêts à l'avance, sans même que les tarifs soient connus

en amont. Les Agences comme les établissements sont obligées d'improviser et de faire en sorte que les transitions se passent le mieux possible ou le moins mal possible. C'est une réforme menée dans des conditions difficiles.

Pour ce qui est des établissements publics, je voudrais souligner que, malgré les problèmes évidents pour une réforme aussi importante, je crois que ça a eu un effet très positif. La péréquation telle qu'elle a été pratiquée au cours des dernières années par l'Agence n'avait pas eu un effet particulièrement stimulant pour inciter les établissements publics et PSPH à se restructurer.

Donc, après quelques mois de tarification à l'activité, à 10 % seulement dans l'allocation des moyens des établissements publics et PSPH, c'est un véritable choc psychologique aussi bien parmi les gestionnaires d'établissements que parmi les médecins. Et je suis très frappé de voir les CME se sentir désormais beaucoup plus concernés par l'activité et donc également par l'organisation de l'hôpital qu'ils ne l'étaient jusqu'à présent. Cet aspect de responsabilisation me paraît extrêmement important et positif ne pourra que s'amplifier au fur et à mesure de la montée en charge de cette réforme.

Il y a évidemment aussi des risques et pour être bref je n'en citerai qu'un : au travers de la T2A les établissements, notamment les établissements publics, pourraient être amenés à sélectionner leurs activités en fonction de leur rentabilité pour l'établissement. Jusqu'ici ça n'entrait pas en ligne de compte dans les établissements publics et PSPH. Il y a un risque évident que certains établissements veuillent abandonner tel type d'activité parce qu'ils perdraient de l'argent sur cette activité ; ou au contraire développer telle autre parce que c'est celle qui, dans leur type d'organisation actuelle, est la plus rentable.

C'est l'un des défis les plus importants pour l'Agence régionale : cette réforme ne doit pas déstabiliser l'offre de soins, ni la désorganiser au niveau régional. Et de ce point de vue, la contractualisation devra être développée, elle sera beaucoup plus détaillée, et active dans le secteur privé évidemment où pour l'instant c'était plutôt des contrats types. La contractualisation deviendra un élément indispensable pour la régulation de l'offre de soins ; la contractualisation permet d'une part de retracer les priorités du schéma régional d'organisation sanitaire et d'autre part également de veiller à ce que, notamment au travers de l'enveloppe dite MIGAC, l'Agence puisse avoir un levier efficace sur les établissements. Ces leviers pour l'instant ne sont pas pleinement définis. Dès l'an prochain il y aura une enveloppe unique MCO (public et privé) qui intégrera les fonds liés à la tarification à l'activité. Les établissements publics comme les établissements privés seront éligibles à l'enveloppe des MIGAC, donc Mission d'Intérêt Général et Action Contractuelle, mais aujourd'hui nous n'avons pas encore là non plus le mode d'emploi.

Les missions d'intérêt général qui ne peuvent pas être tarifées comme la plupart des activités, sont essentiellement des activités d'enseignement, de recherche, de recours, d'innovation ou des activités telles que le SAMU, l'organisation de réseaux, la formation, la prévention ; les activités généralement présentes dans les établissements publics mais peuvent l'être également dans des établissements privés et qui eux-mêmes pourront donc avoir accès à cette enveloppe.

La deuxième partie de cette enveloppe MIGAC peut aussi être ouverte aux établissements publics et aux établissements privés, mais dans des conditions qui aujourd'hui ne sont pas encore clairement définies pour nous.

Il y a donc un effort de préparation du passage à la T2A, de contractualisation et de planification à mener puisque nous sommes dans la phase de préparation d'un nouveau schéma régional d'organisation sanitaire. Il faudra que nous soyons en liaison avec les professionnels beaucoup plus préoccupés que par le passé par les aspects qualitatifs. Jusqu'ici notre planification a été souvent quantitative (objectifs en termes de nombre de lits). Les objectifs de la nouvelle planification telle qu'elle s'exprimera dans le SROS arrêté en septembre 2005, devront être beaucoup plus être qualitatifs. Pour cela nous devons évidemment travailler en liaison avec l'ANAES, avec l'ensemble des professionnels afin d'affiner un peu nos conceptions et de définir les projets médicaux de territoires qui serviront de base à la contractualisation avec les établissements.

Voilà. Je suis prêt à répondre à vos questions.

(Applaudissements)

Jean-Pol DURAND :

Merci, M. RITTER.

Claude LE PEN, l'œil de l'économiste sur les changements potentiels attendus de cette réforme. Est-ce que sera un levier de qualité ? Et comment, pourquoi ?

Intervention de Claude LE PEN :

Bonjour. On m'a proposé une question un peu académique : la T2A induira-t-elle des évolutions comportementales chez les acteurs ? Je vais vous répondre avec un exposé en deux parties en distinguant les évolutions comportementales, les incitations liées à la logique de la T2A et des incitations et des modifications comportementales liées à la mise en œuvre et au fonctionnement de la T2A ; la thèse énonce qu'une mise en œuvre perverse peut annihiler les vertus théoriques du système et que la tarification finalement c'est un art d'exécution plus qu'un art de conception. Le système, bien que conçu de

manière intelligente peut être ruiné par une application défectueuse. Tel est ce qui est relativement d'ailleurs facile à démontrer, je vais m'y essayer.

Première partie : les incitations liées à la logique de la T2A.

Le premier point concerne les modifications de comportement attendues : il s'agit non pas d'induire des comportements nouveaux mais de corriger les incitations perverses des systèmes antérieurs.

La T2A n'existe qu'à cause de l'échec des autres systèmes à financer sans créer de perturbations dans les hôpitaux, notamment publics, à cause du côté inflationniste de la tarification au prix de journée et à cause du côté rationneur de la tarification globale qui déconnecte complètement la ressource de l'activité.

Donc il faut essayer d'avoir un système en lien avec l'activité des établissements afin de leur garantir la juste ressource correspondant aux efforts de soins qu'ils effectuent, compte tenu du patient, compte tenu des différentes ressources mobilisées par le patient. Chaque patient vient à l'hôpital avec ses ressources et donc amène en quelque sorte son financement pour se traiter soi-même ou pour qu'on le traite.

Avec la T2A, on paye des ressources, non pas un résultat, c'est-à-dire qu'on est conforme à la logique médicale de l'obligation de moyens et contraire à la logique de marché d'obligation de résultat. Ce qu'on paye ce sont des moyens. Si le patient sort de l'hôpital mieux qu'il n'y est rentré, tant mieux, mais le financement n'est pas indexé sur le différentiel d'état du patient, sur la production en termes d'amélioration de l'état de santé.

La T2A et la qualité me semblent être deux problèmes différents. On peut avoir de la qualité dans un système de budget global, on peut avoir de la qualité dans un système T2A, on peut avoir de la non qualité dans un système de budget global, on peut avoir de la non qualité dans un système T2A. Il ne faut pas tout attendre d'un système de tarification.

Un système de tarification a pour but de procurer des ressources à un hôpital sans faire en sorte que cet hôpital ait des rentes et sans non plus qu'il soit rationné. La qualité est un autre problème.

Un vieux principe de politique économique dit que chaque objectif de politique économique doit avoir son instrument : autant d'objectifs, autant d'instruments.

Il y a une forme de concurrence entre les établissements publics pour attirer des ressources limitées (à affecter à plusieurs établissements). Cette forme de concurrence par l'historique, par la qualité des relations avec les régulateurs, par les projets peut être modifiée, notamment par la référence à ce que nous appelons en économie, la concurrence par rapport aux normes. Des établissements rentreront plus dans les

normes que d'autres. Les établissements qui rentreront mieux dans la norme, c'est-à-dire qui arriveront à traiter les patients pour le coût, auront des marges de manœuvre ; ceux qui n'arriveront pas seront pénalisés et devront faire l'effort d'ajustement nécessaire.

La T2A c'est le secteur privé à l'hôpital. Je ne vois aucun lien entre la T2A et la privatisation, on peut privatiser et ne pas faire de T2A ; on peut faire la T2A sans privatiser. C'est une thématique porteuse sur le plan politique mais il y a une relative neutralité de la forme juridique de l'établissement par rapport à son mode de fonctionnement, de financement. Il n'y a pas en revanche de neutralité du mode de fonctionnement de l'institution par rapport à son mode de financement.

Derrière l'idée de la T2A il y a une idée de neutralité tarifaire, c'est-à-dire que le patient en amenant ses ressources détermine le juste montant de ses ressources. Il y a un espèce de système idéal qui ne déplacerait que les ressources nécessaires sans aucun effet pervers.

C'est en théorie vrai, en pratique ça risque de l'être beaucoup moins. Il est vrai que la logique d'une tarification à l'activité consiste à se référer au montant des ressources nécessaires, compte tenu de l'état de l'art pour traiter un patient. Et non pas au montant des ressources qu'on a utilisées dans le passé pour traiter le même patient.

On risque de retrouver un peu le même type d'effet pervers qu'avec le budget global : la ratification du passé est évidemment une prime donnée aux établissements qui n'ont pas fait d'effort de rationalisation (on paye l'excès ou la sous-productivité, on rembourse cette sous-productivité) et l'Etat encaisse en quelque sorte les bénéfices de ces efforts.

Donc là il y a une inégalité théorique et pratique de traitement des établissements et on ne peut que regretter ce choix mais pouvait-on en faire un autre ? Il fallait construire des coûts standards pour les 600, 700 diagnostics mais passer à un système de coût standard alors c'était de la dilution centésimale ou infinitésimale parce qu'il y aurait eu des blocages. Et n'oubliez pas que le problème de l'hôpital public ce sont ses statuts et les statuts du personnel en particulier, plus que tout autre problème.

Deuxième partie : L'ajustement des tarifs.

Les tarifs fixés doivent être flexibles : pour traiter un patient ça ne coûte pas toujours le même coût, selon les innovations techniques. Donc il y a une flexibilité des coûts qu'on connaît quand on suit les patients et quand on suit les pathologies

Le problème c'est comment ajuster les tarifs, notamment en cours d'exercice quand arrivent des innovations alors que le coût historique est le reflet de l'état avant l'innovation. Donc il peut y avoir un frein. L'absence de révision rapide des tarifs peut être un frein à l'innovation ; elle peut aussi au contraire entraîner des rentes si des modifications de prise en charge des patients amènent les coûts à diminuer et donc

entraîner des incitations à prendre plutôt ces patients. Donc le problème de la dynamique des tarifs est crucial.

On aura le même problème avec la CCAM sachant en plus qu'on a les données socioprofessionnelles environ deux ans après ; un écart de deux ans ce qui fait que pour ajuster les tarifs en temps réel c'est un peu compliqué.

Pour ne prendre que l'exemple des primes d'assurance professionnelle par exemple, qui augmentent très fortement d'une année sur l'autre alors que le tarif est fondé sur la connaissance historique des coûts.

Donc là il va y avoir des tensions, peut être relativement fortes qui peuvent éventuellement même pénaliser un peu le patient s'il y a un frein à l'innovation. On n'a pas beaucoup d'exemples en France de patients qui portent plainte pour perte de chance mais compte tenu de la judiciarisation croissante de notre secteur ce n'est pas exclu que ça arrive un jour.

Il peut y avoir ensuite également des distensions de concurrence. Le premier élément de concurrence par comparaison c'est la concurrence privé/public puisque le privé revendique à patient égal et à case mix égal un prix de revient inférieur de 20 à 30 % peut-être plus. Le problème est que l'on n'a pas un tarif identique pour les deux de secteurs, donc on a neutralisé la concurrence privé/public d'une part ; d'autre part il est à craindre que devant un hôpital qui serait sous-productif et qui n'arriverait pas à rester de manière globale dans ces tarifs, qu'il y ait des enveloppes compensatoires qui amènent des financements complémentaires pour leur éviter tout simplement de faire faillite.

Nous sommes très favorable à l'idée d'un double financement c'est-à-dire au financement par une enveloppe spécifique des tâches d'intérêt général et au financement des soins par un système de tarification à l'activité. Mais il ne faudrait pas qu'au nom de l'intérêt général on sauve des hôpitaux non productifs. Dans ce cas, c'est une conception assez large de l'intérêt général. Si vous ne pouvez pas licencier le personnel, vous ne pouvez pas fermer l'hôpital, vous ne pouvez pas le mettre en faillite, alors vous donnez une enveloppe. Dans ce cas-là le système est ruiné par la force des choses. Théoriquement il faudrait avoir une responsabilité des gestionnaires vis-à-vis de leur tutelle de sorte que s'ils sont en déficit, ils ont échoué dans leur mission de gestion et donc ils ont remplacés. A tout système de tarification doit être associé un système de responsabilité, le responsable doit pouvoir être tenu pour comptable dans tous les sens du terme de l'équilibre et du respect des tarifs.

Enfin dans tous les pays qui ont adopté ce type de système, soit depuis longtemps comme aux Etats-Unis, soit plus récemment comme en Allemagne en partie et en Italie,

qu'il y a des possibilités de manipulations stratégiques du système dans la classification des patients. On sait très bien que si l'infarctus compliqué est mieux payé que l'infarctus non compliqué, le degré moyen des infarctus va se compliquer en France. Les statistiques vont montrer brusquement une épidémie d'infarctus compliqués. Donc il y a une vigilance de ce point de vue à exercer. On pense que la tutelle y a pensé.

De même la gestion des séjours, comment payer un séjour et pas un patient ? Un patient peut donner plus de séjours que nécessaire. Vous pouvez sortir un patient un jour, le réadmettre le lendemain, ça fait deux séjours, deux tarifs pour un patient.

Tout système est manipulable stratégiquement mais celui-là comme les autres n'échappe pas à cette dose de manipulations.

Vous avez compris mon message. Au fond c'est un système qui, sur le papier, a des vertus et une performance supérieures, c'est un système qui peut amener effectivement des gains d'efficience, des gains de productivité du système ; c'est un système qui peut entraîner une responsabilisation des acteurs, notamment si le cadre institutionnel derrière suit, si les gestionnaires sont tenus responsables de leurs budgets. Mais c'est aussi un système qui, soit de la part des acteurs, soit de la part de la tutelle peut être d'un certain point de vue désactivé ; dont le potentiel de changement, le potentiel de restructuration peut être désactivé.

Aucun système ne fonctionne indépendamment des hommes qui le mettent en jeu. Il n'y a pas de technique pure dans ce système de tarification ; ça reposera donc en grande partie sur la manière dont vont s'établir, sur le terrain, ces relations. Moi, pour mon pays, je souhaite que ça se passe le mieux possible. Je vous remercie.

(Applaudissements)

Jean-Pol DURAND :

Merci Claude LE PEN.

Questions – réponses avec la salle

Autre interlocuteur :

On a l'impression que tout va être fixé au niveau national mais régulé au niveau régional. A l'intérieur des établissements comment les médecins entre eux, avec les directeurs d'établissements, vont organiser l'organisation de cette T2A et la répartition des allocations diverses à leur disposition ? Il n'y a pas de réponse.

Claude LE PEN :

Il ne faut pas non plus s'angoisser outre mesure.

Ce sont des coûts moyens historiques. Autrement dit, la PTH sera remboursée au coût moyen qu'elle a coûté, c'est tout. Il n'y a pas de changement spécifique.

Jean-Paul ORTIZ :

Je crois qu'il y a une incompréhension, une grosse confusion. Ca n'a rien à voir avec les honoraires. En hospitalisation privée, les honoraires sont complètement exclus.

Par contre l'établissement, lui, sera moyenné, c'est-à-dire que si la PTH reste pour un chirurgien 7 jours, pour un autre 9 jours et pour un autre 12 jours parce qu'il y en a un qui s'est organisé pour avoir une place en convalescence lorsqu'il a programmé la PTH ; l'autre ne s'en est pas occupé et le troisième il a une pratique médicale différente. Là, il y aura un seul tarif pour l'établissement qui remplacera les PJ, les FSO, etc. et ce sera un tarif unique qui va tout inclure.

Mais pour les honoraires des médecins, ça n'a rien à voir. Et c'est la problématique que j'ai posée ce matin : commençons à réfléchir, nous avons quelques années devant nous, si nous évoluons vers un système où effectivement les honoraires seraient concernés.

Jean-Pol DURAND :

Qui demande la parole ?

- On a entendu des exposés extrêmement techniques. Il y a deux données à mon avis qui influent justement sur l'évolution des comportements. De plus en plus le comportement va changer parce que le médecin perd sa responsabilité directe, morale, vis-à-vis du malade. On devient des acteurs au milieu d'un système de santé. Mais le médecin perd petit à petit ce contact direct avec la responsabilité morale de la qualité des soins, du résultat final, et il se retrouve au milieu d'un système qu'il a du mal à intégrer parce qu'il n'a pas été formé au départ pour cela. Je crois que ça va être un véritable changement de comportement qui a déjà commencé et que la T2A ne va faire qu'accentuer. Contrairement à ce que vous disiez, M. LE PEN, je crois que ça va être une responsabilisation pour peut-être les acteurs du secteur public mais c'est quelque

part une déresponsabilisation dans le secteur privé où les médecins avaient l'habitude d'assumer toutes les responsabilités de ce qui se passait. Par contre ils vont garder la responsabilité juridique...

Et enfin sur un plan plus global, on a l'impression que cette T2A est un outil de qualité, et que ça va mener à une meilleure qualité, à une meilleure prise en compte des soins. Il y a un élément qu'il ne faut pas oublier dans notre beau pays c'est l'élément politique et idéologique et comme vous disiez tout à l'heure, un hôpital ne va pas fermer mais une clinique oui.

Jean-Pol DURAND :

Peut-être une réflexion de M. LE PEN, puis après qu'on demande à M. RITTER ce qu'on fait d'un établissement public qui ne peut donc pas faire faillite.

Philippe RITTER :

Un établissement qui a des problèmes, qui tourne mal, qui n'est pas bien géré, il ne faut pas nécessairement le fermer. Il faut plutôt le réformer, essayer d'améliorer son fonctionnement. Quand il y a des établissements publics ou privés qui ne répondent pas convenablement à l'objectif d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population, il faut discuter avec les responsables de l'établissement (public ou privé). Je conviens volontiers que les privés sont généralement plus réactifs parce qu'il y a une sanction immédiate qui peut être le dépôt de bilan.

Dans le public, la problématique est un peu autre mais nous avons mis en place un mode de relations avec les établissements publics et PSPH qui fait qu'il n'est pas question de combler des trous sans contrepartie. En cas de trou important, nous négocions avec l'établissement pour voir comment on peut partager les charges pour rétablir l'équilibre, et mieux répondre aux besoins. Donc dans le cadre de la préparation à la T2A cet aspect devient essentiel vis-à-vis des établissements publics et PSPH, spécialement en Ile-de-France. En moyenne nationale, on considère que deux tiers des établissements seront gagnants au travers de la T2A. En Ile-de-France c'est l'inverse. Deux tiers des établissements publics et PSPH sont perdants au départ. Au départ, c'est-à-dire s'ils ne font aucun effort de réorganisation, de restructuration, d'abandon de certains pans d'activités le cas échéant (en conformité avec le SROS), de développement d'autres activités. Il ne s'agit pas de raisonner en termes de tout ou rien. D'ailleurs, on ne peut pas se passer d'un établissement public là où il en existe parce que l'on n'aurait plus assez de capacités pour faire accoucher les parturientes, ni les capacités d'accueil d'urgence nécessaires.

Jean-Pol DURAND :

La parole devant.

- Je suis responsable d'une Direction économique médicale. Ce qui m'embête un peu dans la T2A ce n'est pas le passage à la T2A, ni celui à la CCAM, ce sont les modalités d'évolution des tarifs des Groupes Homogènes de Séjour, les modalités d'évolution de la CCAM, de ses tarifs mais aussi de la création des codes GHM, GHS et/ou CCAM ; Il ne faut pas oublier non plus le coefficient de correction qui est extrêmement important. Surtout dans le cas le cas d'un établissement qui est créé Mais une fois que ces éléments seront clarifiés, il faut donc qu'il y ait une transparence sur la façon dont on évolue les tarifs et dont on crée les codes. Ma question est : comment est-ce que ça va évoluer ?

Jean-Pol DURAND :

Bruno SILBERMAN, et après je vais demander à Monsieur le Directeur comment ça va évoluer.

Bruno SILBERMAN :

On a bien compris que l'organisation à l'intérieur de l'établissement et la qualité vont être très important.

La véritable problématique c'est de savoir quelle sera l'implication des médecins dans l'établissement vis-à-vis des tutelles qui donnent les allocations de ressources et fixent les prix.

Et ma question : dans quelle mesure les médecins avec leur projet médical deviendront, un interlocuteur à part entière et un élément qualitatif et non plus simplement quantitatif ?. Vous avez reconnu, Monsieur le Directeur, que l'évolution était en cours dans le public. Est-ce que ce sera valable dans le privé ? Et dans quelle mesure les médecins d'un établissement sont reconnus à part entière dans cette modification des rôles ?

Philippe RITTER :

Sur la première question, il ne faut pas d'un côté se plaindre d'un traitement du secteur public parfois antiéconomique et demander une subvention parce qu'on a un mauvais exercice dans une clinique.

Je considère qu'en l'occurrence à partir du moment où on défend une économie privée, il faut en assumer une partie au moins des risques et il ne faut pas tout remettre entre les mains de l'Agence régionale.

Il n'y a pas de raison de moduler des tarifs en fonction de la situation financière d'un établissement, dans le privé ou dans le public. Les tarifs doivent être les mêmes pour tout le monde pour qu'il y ait des conditions de concurrence comparables.

Jean-Pol DURAND :

M. RITTER, est-ce que le coefficient correcteur ce n'est pas cette variable d'ajustement qui permet de faire en sorte qu'un établissement qui serait hyper gagnant dans la T2A en gagne un petit peu moins de sorte que celui qui en perd en perdra un petit peu moins, ou aura un petit délai, un petit sursis ?

Philippe RITTER :

Effectivement c'est un des objectifs de ce coefficient correcteur qui porte donc sur huit ans.

Jean-Pol DURAND :

Les mauvais établissements mettront huit ans à mourir ?

Philippe RITTER :

Comme jusqu'à présent nous aurons des négociations avec la Fédération de l'Hospitalisation Privée pour voir quelles doivent être les adaptations par rapport aux directives nationales. Je crois que les modulations devraient être plus sur des critères objectifs qu'en fonction de la situation de tel établissement particulier.

Jean-Pol DURAND :

Un petit mot de M. RITTER sur le rôle des médecins par le biais des CME.

Philippe RITTER :

Dans le public c'est vrai les CME tiennent leur place dans les discussions que l'Agence peut avoir avec les établissements. Dans le privé c'est très différent d'un établissement à l'autre, ça dépend de la structure juridique de l'établissement, de l'actionnariat et d'une quantité de paramètres. Il me paraît indispensable que nous ayons de plus en plus non seulement le point de vue de l'actionnaire majoritaire, mais aussi celui de ceux qui travaillent dans l'établissement. Dans l'organisation du travail pour la préparation du prochain SROS, le comité de pilotage sera constitué d'une part de représentants des Fédérations (publiques ou privées), et d'autre part d'un représentant des Présidents de CME, ce qui est un changement important.

Jean-Pol DURAND :

C'est une directive nationale, M. RITTER ?

Philippe RITTER :

Ça fait partie de la circulaire de mars dernier sur les SROS.

Jean-Pol DURAND :

Un représentant des Présidents de CME d'établissements privés par région et un représentant de l'URML ?

Philippe RITTER :

L'URLM de toute façon était déjà associée aussi bien en Rhône Alpes qu'en Ile-de-France.

Docteur DELZENNE :

Je suis chirurgien dans une petite clinique du Pas-de-Calais. Je voulais revenir sur le SROS 3 notamment sur les territoires de santé qui vont grouper un ou plusieurs secteurs sanitaires. A la lecture du SROS 3, je n'ai pas trouvé de représentativité des CME locales, des établissements privés. Même s'il y a un représentant au niveau de la région, par exemple Nord Pas-de-Calais, d'un représentant nommé par les CME à l'échelon régional, il est important aussi que la représentativité de chaque président de CME dans ces petits établissements puisse aussi avoir son mot à dire dans la conférence sanitaire de territoires de santé qui va se créer. Alors est-ce qu'il y a des normes ou des circulaires qui vont préciser les compositions des conférences sanitaires de territoires de santé ?

Philippe RITTER :

J'espère que non, parce des normes, tout le monde les condamne mais tout le monde en réclame de plus en plus. Je souhaite vraiment que le Ministère ne précise pas dans le détail comment le travail doit être fait au niveau régional. Je ne sais pas quels sont les projets de mon collègue du Nord Pas-de-Calais. En Ile-de-France nous allons travailler au niveau de chacun des territoires avec l'ensemble des établissements concernés et donc seront invités l'ensemble des établissements dans leurs composantes administratives et médicales. Chacun pourra donc s'exprimer mais par contre je crois qu'il faille tenir compte aussi des spécificités régionales, que ce n'est pas la peine d'imposer des normes nationales à cet égard.

Jean-Pol DURAND :

On a combien de territoires de santé en Ile-de-France ?

Philippe RITTER :

On parle des territoires de base, on en a 23 à peu près en Ile-de-France.

Jean-Pol DURAND :

5 par département.

Philippe RITTER :

Ca dépend des départements. Les conférences sanitaires de secteurs elles disparaissent. Les instructions du Ministère souhaitent qu'il y ait une conférence par territoire en Ile-de-France, or je ne vais pas faire 25 conférences, sinon nous passerons notre vie à faire des réunions. Donc nous allons faire une conférence par département, donc nous en aurons 8 pour la région.

- Juste pour faire une remarque : je pense que c'est l'intérêt des tutelles des établissements et des médecins de travailler ensemble ; à chaque fois qu'une tutelle reconnaîtra le rôle du médecin de CME d'un établissement privé comme il le retient au niveau des établissements publics, il facilitera le travail du médecin d'établissement à être suivi par ses collègues dans la réorganisation et l'organisationnel de son établissement. Il y a là un feed-back qui doit être perçu mais dans toutes les régions et dans tous les établissements on sait bien que ce n'est pas si simple que ça.

Jean-Pol DURAND :

Avec l'aide des deux intervenants, j'ai nommé Jean HALLIGON et Bernard HUYNH, on peut envisager de terminer à 17 heures.

CONCLUSION : Jean HALLIGON – Président de la CNP CME HP

C'est vrai que quand on conclut, il faut être bref et consensuel. Je vais essayer d'être bref et je vous conseille d'être méfiant à l'égard du type qui dit « je vais être bref » parce qu'en général il fait une demi-heure ; je vais essayer de ne pas faire une demi-heure, j'ai deux pages et j'ai essayé de taper gros.

Je voudrais quand même dire que je suis heureux, au nom de la Conférence nationale des Présidents de CME de cette collaboration pour la journée entre les Unions et les CME et remercier Jean-Paul ORTIZ qui est l'artisan de cette réunion. Et je pense que cette collaboration entre Unions et CME va se prolonger et on essaiera de faire en sorte que ça soit comme ça.

A propos de cette nouvelle donne qui est liée à la double réforme T2A/CCAM, moi je voyais quand j'ai préparé les conclusions à la fois un paradoxe et plusieurs difficultés, beaucoup trop de difficultés d'ailleurs, mais plusieurs difficultés. Le paradoxe c'est que cette tarification à l'activité – nous on connaît ça a été dit à plusieurs reprises – on l'a fait depuis longtemps, on a même vu quelques effets pervers, et c'est aussi le paradoxe qu'il va falloir qu'à l'occasion de la tarification à l'acte – un peu comme à l'activité à l'acte – on trouve une rémunération forfaitaire. Parce qu'on nous a dit pour payer les fonctions transversales, ça va être des forfaits et comme par hasard on nous balade parce qu'il n'y a pas d'autre mot, entre les MIGAC et les GHS.

Alors nous très clairement à la Conférence nationale on travaillera avec la FHP, avec les tutelles, pour que cette rémunération forfaitaire forcément existe, que ce soit dans les MIGAC, dans les GHS, mais pour qu'elle existe. Il faudra qu'on résolve ce paradoxe : tarification à l'acte qui continue et nécessité d'une tarification, d'un paiement forfaitaire pour une activité qui est faite et qui, je le rappelle au passage, par exemple pour le Président de CME, c'est le résultat d'une étude faite par l'URML Rhône Alpes, prend 16 jours entiers de travail par an. Je n'ai pas les chiffres pour les autres activités mais ça représente trois semaines entières de travail. On y travaillera, c'est promis.

Trois difficultés, trois virages à négocier en fait. Le premier virage qui est peut-être pour un certain nombre d'entre nous déjà derrière, c'est celui de la transparence. On sait qu'il y a longtemps qu'on ne peut plus pratiquer notre activité dans notre coin, protégé par une aura du médecin qui n'existe plus beaucoup d'ailleurs. On est obligé maintenant d'accepter le regard des autres et même plusieurs regards et je crois qu'il faut qu'on fasse de cette évolution un facteur de vertu, il ne faut pas refuser de laisser voir notre pratique mais il ne faut pas non plus être naïf et il ne faut surtout pas qu'il y ait de

stigmatisation individuelle parce que personne n'est parfait, c'est sûr. Ou bien on est irréprochable et à ce moment-là il ne faut pas se cacher ; et quand on se cache on donne l'impression, et notamment à des gens qui nous observent de près, nos concurrents, l'impression que nous ne sommes même pas parvenus au premier degré de la qualité.

Il me semble qu'en fait le deuxième virage c'est effectivement celui de la qualité. On en a beaucoup parlé cet après-midi parce que c'est vrai que la T2A sans la qualité ça pourrait rapidement devenir de l'abattage. Nous, nous sommes persuadés de bien faire, d'abord continuons à bien faire, et ensuite prouvons-le. Participons à l'amélioration indispensable pas seulement de notre manière de faire mais de celle de tout le système de soins auquel nous participons.

Le troisième virage, un virage un peu en « S » avec deux courbes, c'est celui du collectif. Il faut que nous apprenions d'abord à être collectifs vis-à-vis des établissements de soins dans lesquels nous travaillons. On le sait tous ça, même un praticien qui se dit isolé, il est toujours inclus dans un ensemble administratif, hôtelier, soignant, et de plus en plus nous devons avoir conscience de notre responsabilité vis-à-vis de la clinique où nous exerçons. On l'a dit à plusieurs reprises, ça s'est concrétisé dans les faits pour notre Conférence nationale avec les FHP, la coopération est indispensable. On a vu qu'au niveau des établissements même économiquement, pour l'intérêt des praticiens et des établissements, la coopération était indispensable.

Deuxième branche de ce virage en « S » c'est le virage du collectif entre les praticiens parce qu'il y a un risque, on l'a bien senti, que le couple CCAM/T2A appuie là où ça fait mal, l'endroit du lien entre les spécialités et notamment de la répartition de la rémunération au moment où cette enveloppe qui actuellement est distincte entre les honoraires et la rémunération de l'établissement, quand cette enveloppe sera globale, la prospective qu'annonçait Jean-Paul ORTIZ, on aura à ce moment-là des discussions à avoir entre praticiens et la collectivité médicale, la CME doit être le lieu privilégié de la résolution des conflits.

Elle doit être aussi... on a entendu cette question : que devient l'indépendance professionnelle des praticiens ? La CME est le lieu, par sa fonction même, de la garantie de l'indépendance professionnelle des praticiens même si effectivement elle a peu de moyens. La CME peut être le lieu d'une transparence sans clouer au piloris un praticien, elle peut être un bon outil d'évaluation collective ; on verra même que ça pourra servir pour l'évaluation des pratiques professionnelles à titre individuel ; elle peut servir à l'amélioration de la qualité ; elle peut donner aussi – c'est important – le sens du collectif d'un établissement, elle peut aider à cimenter une équipe médicale, et elle peut lever beaucoup de blocages. Elle peut donc être le levier fort de la participation des praticiens

à la marche du service finalement rendu aux patients et ça dépend de nous. Il y a un outil que nous connaissons tous, d'abord la participation individuelle mais aussi le rassemblement collectif et ce sont les conférences régionales, c'est la Conférence nationale à laquelle je vous invite tous à participer, il y en a dans presque toutes les régions. Elles ne demandent, ces conférences, qu'à vous aider, qu'à continuer à fonctionner. Et pour terminer je voudrais donner l'adresse du site de la CNP, je n'hésite jamais à la donner :

www.cnpcmehp.org.

Inscrivez-vous, rejoignez-nous, il y a du travail et on accueillera toutes les bonnes volontés. Merci.

(Applaudissements).

CONCLUSION : Bernard HUYNH – Président de l'URML Ile de France

Chers confrères et amis,

Cette journée aura été riche d'informations et de réflexions et je voudrais en votre nom à tous remercier tous les éminents intervenants qui nous ont fait l'amitié de venir nous faire réfléchir sur la tarification à l'activité que les initiés appellent familièrement la T2A. Merci à tous ceux qui sont venus des CME de la France entière d'être encore tous présents dans cette salle, merci de votre assiduité au cours de cette longue journée.

Je voudrais vous livrer les impressions d'un praticien qui n'est pas un spécialiste de la T2A et qui aura aujourd'hui avec vous et comme vous compris un certain nombre de choses. Ce que j'ai mieux compris c'est que la T2A était une évolution dans un système de tarification que nous considérons comme injuste et qui au fil des années est devenu complètement inadapté pour beaucoup de médecins exerçant en établissements. La tarification actuelle aboutit en effet à des situations paradoxales avec des médecins qui travaillent plus que les autres et ne gagnent pas plus ou des établissements qui travaillent beaucoup plus que d'autres et sont dans des situations moins faciles que ceux qui ne travaillent pas. J'ai aussi entendu que la T2A va créer des actions tarifaires et que les pouvoirs publics espèrent des réactions d'adaptation du système de santé. Donc ce système figé va bouger mais dans quelle direction : vers un repli sur des objectifs gestionnaires faciles à définir ou au contraire vers des redéploiements d'activités nouvelles ?

Il m'a semblé aujourd'hui évident que si ce système figé bouge, il ne bougera dans la bonne direction que si nous tous nous en occupons ensemble, nous autres médecins d'établissements, médecins libéraux, institutionnels, présidents de CME, participants aux CME. Je pense que nous avons actuellement en face de nous des institutions qui sont désireuses de favoriser ce changement. Cela n'est pas un choix délibéré de nous prouver leur amitié mais actuellement la pression de l'environnement financier et des déficits est tellement forte qu'il faut bouger ou tout s'effondrera.

Nous avons dans un avenir très proche la latitude d'agir dans plusieurs directions. Nous avons compris que beaucoup de choses reposaient sur une contractualisation régionale, que cette contractualisation comportait quelques variables, très peu nombreuses, et que c'était sur ces variables, base des contrats régionaux, qu'il nous fallait agir. Nous avons compris que le système était en train d'entrer dans une planification qualitative et que le corps médical dispose déjà des institutions qui sont prêtes à aider et qui en sont capables : ce sont dans toutes les régions de France les URML et dans presque la totalité des établissements privés, les CME.

Il ne nous reste donc plus qu'à nous mettre ensemble au travail, à revenir l'année prochaine pour faire le bilan de nos efforts et, je l'espère avec vous, constater alors que la montagne qu'est notre système de santé se sera déplacée dans le bon sens. Permettez moi d'ajouter encore une dernière chose : un grand remerciement à tout l'équipe de l'URML Ile-de-France qui s'est occupée d'organiser cette journée, de vous accueillir et de faire en sorte que les choses roulent.

Merci à tous et bon voyage de retour.

A l'année prochaine.