

**La T2A à l'honneur...
Un chantier de 28 ans
C'est l'occasion
de mesurer
les progrès accomplis
et de s'interroger
pour savoir comment
réformer plus vite**

Cette semaine, entre autres...

La chronique de l'UNHPC 11/39

Date de parution : lundi 3 octobre 2011
Sujet : T2A
Mots types : Martine Aoustin - PMSI
Auteur : G. Parmentier



Par décret du Président de la République du 31/12/2010 le Dr Martine Aoustin a été promue Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'honneur. Jeudi dernier ses insignes lui ont été remis par Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale.

Il est des décorations qui ont du sens et qui sont méritées, plus que d'autres. De notre point de vue, celle-ci en fait partie et cela vaut qu'on s'y arrête un peu, sous forme d'hommage.

Au-delà de la carrière, du parcours et de la personne, ce qui est mis en avant, ce sont les responsabilités exercées par Martine Aoustin pour la mise en place de la T2A¹.

Le PMSI : un long et rude combat

Ce fut un très long et très rude combat. Les enjeux étaient importants. Martine Aoustin a su faire franchir à ce dossier une étape décisive et conclusive.

Tout commence en 1982. Il faut déjà affronter les dérives des dépenses de santé et celle des hôpitaux en particulier. La clairvoyance de Jean de Kervasdoué, alors "Directeur des hôpitaux" lui permet d'introduire un système dénommé PMSI² qui, sur le modèle de ce qu'avait réalisé Fetter aux USA³, va permettre de doter notre pays d'un système de mesure, et donc de définition, de "produits" hospitaliers. Cela sera fait dès 1983 dans le cadre d'une réforme en trois volets. Obligation de produire une comptabilité analytique pour connaître les coûts, introduction du PMSI pour pouvoir rémunérer les hôpitaux à la pathologie comme on disait alors et blocage des allocations sous forme de budget global⁴ durant l'année nécessaire à la mise en place des deux premiers volets.

Jean de Kervasdoué mésestime la puissance des oppositions et le budget global durera plus de... 20 ans ! Ce budget global, mesure temporaire faite pour marquer les esprits mais conservée de très longues années, est une catastrophe car, outre l'iniquité des bases historiques qui le fondent, il encourage à travailler le moins possible, il est donc exactement contraire à l'intérêt national et il pervertit les esprits.

Tous les freins sont serrés et les années 80 se passent autour d'une ineptie érigée en mensonge officiel par tous les opposants : le PMSI serait seulement un outil de santé publique et d'étude épidémiologique. En aucun cas il n'aurait été question d'en faire un outil d'allocation de ressources ! Passons...

Le privé n'est pas concerné. Dans le partage des pouvoirs il dépend de l'Assurance-maladie. Il est en fait déjà payé à l'activité, selon des modalités diverses, entre autres les fameux FSO⁵. L'approche privilégiée par la CNAM⁶ est une approche "prix". L'origine de la productivité des cliniques vient en grande partie de là.

Au seuil des années 90 quelques directeurs de clinique voient l'intérêt du PMSI et prennent contact avec l'équipe en charge de la question à la Direction des hôpitaux. Elle est découragée et prête à jeter l'éponge devant l'opposition des hôpitaux qui se fonde sur toute une série d'arguments : ce PMSI est "infaisable", il ne sert à rien (ce qui n'était pas faux puisqu'on s'arrangeait en effet pour qu'il ne serve à rien...), il s'agirait d'une tromperie puisqu'il n'avait soit disant jamais été dit qu'il servirait à allouer les ressources, il ne prenait pas en compte la "réalité" médicale, était insultant pour certains corps comme les infirmières qui étaient "oubliées", il obligerait les cliniciens à se bureaucratiser, si on voulait garder cette approche, il y avait des systèmes bien meilleurs (nous étions sans étalon de mesure et il valait mieux discuter à l'infini des mérites respectifs de chacun des étalons disponibles ou imaginables plutôt que d'en choisir un...) et, *last but not least*, il n'avait pas d'avenir puisque "même les USA l'abandonnaient"...

L'arrivée de représentants de cliniques qui, eux, veulent participer et sont persuadés que cette approche est de grand avenir est, pour les responsables du PMSI à la Di-

L'UNHPC est membre de la **FHP MCO**, du Conseil National de Cancérologie et de la Plateforme commune de la cancérologie libérale et hospitalière privée

Coordination
et pluridisciplinarité
au service des patients
atteints du cancer



rection des Hôpitaux, une divine surprise. Malgré les difficultés et grâce à eux, 16 cliniques vont donc pouvoir "l'expérimenter". Elles deviendront 647... Elles prouvent que ça peut marcher. Avec l'échelon médical de la CNAM - Martine Aoustin - et l'UHP, ces cliniques suscitent puis renforcent un système de contrôle⁸ très sévère. Ces cliniques permettent ainsi la constitution d'une base de données que les experts internationaux considèrent vite, en termes de qualité, comme une des meilleures au monde, et pour cause !

Ces temps ne sont pas si lointains, et pourtant il faut rappeler ici l'état dans lequel nous étions en termes de connaissance de ce qui se faisait à l'hôpital. Au début des années 90, en termes d'activité, on ne connaissait du système hospitalier que le nombre de naissances car les Maires le voulaient et le nombre de décès car la police voulait en avoir connaissance ! Rien d'autre pour le plus gros budget de la nation. Cela paraît incroyable mais cela montre le chemin parcouru.

Après un terrible coup de matraque donné par le Ministre Claude Evin sur le chiffre d'affaires chirurgical des Cliniques (- 13 % !) le syndicalisme privé renaît sous le leadership d'Alain Coulomb et "*donne des idées au Ministre*" puisque, selon lui, "*l'administration ne lui en donne pas*". C'est le Protocole d'accord du 4 avril 1991 qui contient toutes les réformes structurelles des années qui vont suivre. Entre autres engagements, les cliniques vont être payées "*à la pathologie*" "*d'ici la fin de l'année 1991*" !...

On connaît la suite. Tout est en permanence retardé. Pour justifier les retards, les indécisions, les freins, le travail de sape, on "*expérimente*" et on "*expérimente*" encore. Mais, pour animer le tout, on crée des "*comités*". Ils ont l'avantage de fédérer les acteurs les plus motivés. C'est là que le docteur Martine Aoustin apparaît. Elle a la très délicate mission de représenter la CNAM dont le directeur d'alors⁹ est hostile à ce qu'il appelle le "*petit machin sans importance*" - le PMSI, toujours - et prend par ailleurs toute une série d'initiatives pour le contrer. La cécité d'un des esprits parmi les plus brillants du système hospitalier sur l'importance d'avoir un système d'information digne de ce nom interroge encore, mais elle a eu des conséquences désastreuses pour l'Assurance-maladie. et a précipité l'étatisation du système.

Les enjeux, toujours actuels

Revenons aux fondamentaux et rappelons les enjeux qui portaient d'autant de postulats. Ils restent d'actualité.

- **Etre payé pour ce que l'on fait** et non plus pour ce qu'on est ou a été. La médecine n'est plus réductible à un accompagnement. Elle fournit et produit du soin. Elle soigne. Il faut donc mesurer ce qu'elle fait et la payer pour cela et non plus seulement pour qu'elle assure une présence comme le ferait une Eglise.
- Pour mesurer l'activité et la rémunérer, en soins hospitaliers comme pour toute activité de production de biens et services, il vaut mieux essayer de **définir des produits** de soins hospitaliers plus ou moins homogènes que de suivre, codifier et payer les innombrables composantes du soin.

- **Redonner des marges d'initiative et donc d'innovation** et de progrès aux professionnels qui, au lieu d'être payés à partir des composantes d'une prise en charge sont payés pour un produit, un ensemble de faits et gestes articulés à un environnement afin d'atteindre un but prédéterminé. Les praticiens regagnent en indépendance.

- **Rapprocher les modes d'allocation de ressources** aux établissements de santé de tous statuts et donner à l'Etat un outil de régulation, d'incitation, d'orientation par les prix. Disposer d'un tel outil permettrait en outre d'instaurer un système de "concurrence fictive" pour récupérer une partie du dynamisme engendré par la concurrence sans subir les inconvénients d'une régulation par le marché.

Une vraie et nécessaire mutation culturelle

Tout cela demandait une vraie mutation culturelle aux médecins. La culture médicale est en effet une tension pour diagnostiquer le présent et prévoir l'avenir. Coder un séjour demande au contraire de **se pencher sur le passé** pour se dire à soi-même ce que l'on a fait et d'avoir un minimum de culture économique pour discerner ce qui a suscité le coût le plus important. Cette mue était incontestablement difficile. Le contexte d'opposition et d'amalgame avec la défense d'intérêts corporatistes la rendait encore plus difficile. Malgré les revendications des internes et des chefs de clinique... de mai 1968 !, il n'y a toujours pas la moindre formation sur ces sujets dans le cursus pourtant fort long des médecins, en France. Les inciter à regarder dans le rétroviseur d'un séjour alors qu'ils ne sentent responsables que de l'avenir d'un diagnostic était donc difficile à comprendre.

Il en est de même pour la **dimension proprement économique** consubstantielle au PMSI. On était, on est hélas toujours dans un environnement culturel où le terme de "comptable" reste l'insulte suprême. C'est oublier que les comptables sont des gens qui se caractérisent par la rigueur de leur approche, une discipline de fer dans le traitement des données (tout médecin s'étant une fois dans sa vie plié à l'obligation d'obtenir une "balance carrière" a pu le constater...) et que tous les historiens considèrent que l'invention de la comptabilité en partie double sur les foires d'Italie du Nord, de la vallée du Rhône et en Flandres a constitué un des apports civilisationnels parmi les plus importants. Il n'y a pas de raison que la comptabilité et l'économie ne "civilisent" pas aussi la médecine. Mais le contre exemple américain ainsi que la confusion actuelle entre économie et spéculation fait que, malgré le code de déontologie et malgré les problèmes de financement, les progrès sont encore très lents et que la suspicion demeure.

Du côté des médecins, il faut aussi reprendre, une fois de plus, le mot célèbre d'André Loth¹⁰ selon lequel l'information en santé a deux finalités : soigner le patient et soigner le système. Ce deuxième aspect et l'aptitude aux responsabilités qu'il suppose n'avaient rien d'évident. Au début des années 1990, il paraissait naturel pour les médecins libéraux de codifier leur activité afin de pouvoir toucher leurs honoraires. Dire en plus que l'acte médical

n'était pas terminé tant que sa codification PMSI n'était pas faite par le praticien était à la limite de l'incompréhensible. Or il n'y avait pas de représentation légitime des médecins dans le Comité de pilotage national. Déjà, à l'époque, les médecins faisaient peur. Les représentants de l'UHP¹¹ ont convaincu l'ensemble du Comité de pilotage qu'il fallait "*prendre le risque d'y intégrer les médecins*", comme plusieurs de leurs organisations représentatives le demandaient. Au-delà des peurs culturelles, c'était aussi un risque réel puisque certaines organisations médicales affirmaient régulièrement leur volonté de boycotter cette codification. Au nom de la CSMF¹², le docteur Serge Larüe-Charlus intégra donc le Comité de pilotage. Il faut ici lui rendre hommage car une étape décisive, historique, fondatrice a été franchie grâce à sa lucidité, à ses capacités à convaincre les siens et, disons-le à son courage. Il fut admis et inséré dans la réglementation que **coder son acte faisait partie de l'acte**. A compter de ce jour, l'acte n'était donc pas terminé tant que sa codification n'était pas faite. La formulation est restée la même dans le code de la santé publique depuis cette décision historique¹³. Elle était assortie de l'accord des représentants légaux des médecins pour une nomination du DIM¹⁴ par la direction de l'établissement "*après avis de la CME*"¹⁵. C'est une autre révolution¹⁶. Les choses pouvaient alors réellement commencer. Sur ce plan là au moins, la révolution culturelle était faite. Il faut donc rendre hommage aux responsables médicaux de l'époque, nous leur devons beaucoup.

La mutation culturelle était aussi très forte et nécessaire au niveau des "administratifs" du Ministère comme des hôpitaux. On ne peut pas dire que la formation économique ou la formation à la gestion d'entreprise soient prioritaires à l'École de Rennes. En 2011 nombreux sont les directeurs qui confondent encore chiffre d'affaires et rentabilité. Les déformations provenant des années passées en budget global sont là aussi. Pour beaucoup de soignants et d'administratifs la T2A était donc le mal. Rares étaient les pédagogues qui pouvaient expliquer que la T2A était en fait une chance extraordinaire de sauver l'hôpital que le budget global tuait à petit feu. En ces temps de crise de la dette on imagine la dureté des temps si nous ne disposions pas de cet **outil incitatif à l'activité et à la productivité** que constitue la T2A !

Quant au privé, il faisait un pari de confiance dans ses possibilités d'évolution et d'innovation : en prônant la T2A il savait qu'il allait réveiller l'hôpital, mais il faisait le pari qu'il se développerait au total mieux dans un environnement concurrentiel sain plutôt qu'en face d'un mammouth immobile et dévoreur de budgets. Il restait dans sa culture entrepreneuriale et libérale et résistait par là même aux tentations parfois confortables de l'économie administrée et de sa régulation par le pouvoir. Mais, on le voit, si les nécessités du temps sont claires, les options systémiques et corporatistes le sont aussi...

Une mise en place particulièrement longue

Nous avons évoqué rapidement les années 80. En 91 on croit qu'on va y arriver. Tout ou presque est dit dans un

ouvrage absolument remarquable paru en 1992 et qui n'a hélas jamais été réédité : "*Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*"¹⁷. En fait les années 90 et le début des années 2000 vont d'expérimentations en comités, de comités en rapports, de promesses en lâchetés, de militantismes en découragements, de périodes d'activisme en périodes d'atonie, de gestion des coups bas et des coups tordus aux périodes de renaissance. Au fil des années, un petit groupe d'hommes et de femmes se constitue, peu nombreux mais qui sont toujours là, qui tiennent bon. Ils ont entre eux des débats parfois vifs. Leurs origines sont très diverses mais une même exigence, une même vision des conditions d'un vrai service public les lient entre eux. Martine Aoustin en est, bien sûr. Elle est une de ces personnalités qui suit le dossier en permanence, de comités de pilotages en comités d'experts, de comités de suivi en sessions de formations, de colloques en conférences. Il y a les anciens de l'équipe Kervasdoué. Il y en a d'autres. On les retrouve dans les institutions citées, mais aussi dans des institutions spécialisées comme le PERNNS¹⁸, le CTIP¹⁹, le Groupe Image²⁰, ce qu'on pourrait appeler "l'école" de Nancy²¹, l'ALASS²², le "club" UHP²³ qui deviendra, avec l'accord de la FIEHP²⁴, l'ADIMEHP²⁵. Très modeste institution qui voulait préfigurer ce que serait un organisme paritaire de gestion de la base nationale. Très modeste, mais à la portée symbolique tellement forte que le Directeur de la CNAM, Gérard Rameix²⁶ avait officiellement sollicité l'adhésion de la CNAM ! Ils irriguent des revues comme "La Lettre des Systèmes d'Information Médicalisés" publiée par la Direction des Hôpitaux. Ils sillonnent ensemble la France dans d'innombrables sessions d'information ou de formation.

Depuis 1982, 20 ministères se sont succédés. Et puis vint la décision du Ministre de la santé Jean-François Mattéi qui, à la surprise de beaucoup, nomme en **2002** le Dr Martine Aoustin à la direction de la Mission « Tarification à l'activité » avec pour mission de passer aux actes, enfin !

A son arrivée, elle qui était une des meilleures spécialistes de la question, a pourtant une mauvaise surprise. Elle trouve ou retrouve des tonnes de documents mais elle ne trouve rien d'opérationnel, rien qui prépare un vrai fonctionnement. L'administration faisait des études, des expérimentations, mais ne préparait rien pour que l'outil devienne vraiment opérationnel. Après tant d'années de travail, même les plus impliqués n'avaient pas conscience de l'ampleur du vide organisationnel à combler.

Un dossier imprévu s'impose en plus dans l'urgence. Martine Aoustin découvre en effet l'appel d'offres ouvert par l'Allemagne pour choisir un système de groupage. A l'évidence il fallait s'y précipiter. Convaincre les Allemands de prendre le système français. A l'extrême limite, négocier avec eux un système commun. Le sort de l'**Europe** sanitaire se jouait en partie là. On imagine quel formidable outil de progrès nous aurions si les systèmes français et allemands étaient les mêmes, et quelle force d'entraînement cela aurait eu auprès des autres pays et en particulier des Italiens et des Portugais qui avaient repris purement et simplement des classifications américaines et les avaient mises en place en 2 ans !



Leur dynamisme fait qu'ils auraient certainement suivi. Mais non. Rien. Personne ne s'y était intéressé. Martine Aoustin et son équipe constatent très vite qu'il est trop tard. Les Allemands optent pour le système australien. Il y a des loupés qui sont des désastres. Martine Aoustin essaiera par la suite de fédérer les "décideurs" en matière de tarification à l'activité des pays européens. Les échanges qu'elle a ainsi permis furent riches d'enseignement, mais l'initiative restait forcément très limitée, et il n'est même pas sûr qu'elle perdure après son départ.

Bref, en 2002, le dossier est en déshérence. Il faut tout faire, y compris déterminer dans l'urgence ce qui ne ressort pas du paiement au GHS car bien sûr le 100 % GHS n'a pas de sens, mais les arbitrages sont techniques et politiques, autrement dit très difficiles (molécules et dispositifs onéreux, urgences, réanimation, soins intensifs, toutes les MIG, tous les AC, séjours extrêmes, "actes frontières" qui doivent remplacer la liste 4²⁷, nombre et nature des forfaits, tarifs de prestations, tarifs de responsabilité, sort des "bornes"...). Dans l'urgence aussi, il faut définir les modalités et les calendriers de transition pour chacun des statuts d'établissements. Il faut faire avec une toute petite équipe, même si avec Michèle Brami qui la rejoint, elle s'assure d'une base technique extrêmement solide. Il y a des compétences et des dévouements qui justifieraient d'autres Légions d'Honneur !

Trancher, arbitrer, convaincre, mettre en place, la tâche est énorme et l'environnement pas toujours très aidant. Les esprits forts ricanent. Il y a des retournements parmi les plus fidèles qui se mettent à critiquer à tout va quand, enfin, se met en place ce qu'ils ont demandé depuis plus de 20 ans. Tout cela est normal, humain, mais demande en entregent, un courage, une lucidité, une ténacité, une capacité d'adaptation, d'entraînement, de conviction, d'arbitrage et une dose d'habileté... au-dessus de la moyenne !... et qui valent bien, avec la réussite, une Légion d'Honneur !

La réussite est là, en effet. Début 2008 tous les établissements sont payés par GHS à 100 % de ce qui peut l'être. Le reste bénéficie de prestations techniquement adaptées, même si l'utilisation politique qui en est parfois faite pose question.

Mission accomplie donc, avec une montée en charge en avance sur le calendrier officiel.

Cela veut-il dire qu'il n'y a plus rien à faire ? Hélas non. Au-delà du rappel qui a été fait concernant les enjeux et l'épisode européen, contentons-nous de quelques exemples.

- Un mauvais arbitrage a été fait concernant les **honoraires**. Pour que les comparaisons public privé restent compliquées et pour donner des arguments à ceux qui n'en veulent pas, les honoraires n'ont pas été intégrés au système comme ils l'étaient sur la facture 615 devenue S3404. La totalité des syndicats médicaux le demandaient. Demain, il sera sans doute difficile de les convaincre de l'utilité de les intégrer et de rassurer le corps médical sur le maintien de son indépendance.
- Le scandale absolu de la non-intégration de toute la **radiothérapie** dans un même système perdure.
- Les hôpitaux sont toujours incapables d'émettre des

factures. On croit rêver. Là aussi on "expérimente". On sait ce que cela veut dire. Un vrai scandale là aussi.

- L'**accessibilité** aux données a fait de gros progrès, mais l'incroyable blocage de l'accès de tous à Hospi-diag par la DGOS montre que le sujet n'est pas encore clos.
- Le débat sur les avantages respectifs des **deux approches** CCAM / forfait séjour réputé homogène ne fait plus recette mais il le devrait pourtant. En fait, il est surprenant qu'une activité professionnelle majeure soit encore payée en additionnant les prix de chaque geste, de chaque composante du produit ou du service qu'elle fournit. De plus un tel système génère par nature une somme importante d'effets pervers. Le débat sur les approches forfaitaires est certainement plus fondateur. La réforme du K15 telle qu'elle était prévue il y a plus de dix ans avec un forfait pour une prise en charge de trois semaines reconnaissant l'acte intellectuel de la prescription et l'action de coordination des soins était autrement plus saine. Du côté des établissements l'impératif de productivité qui s'imposera de plus en plus brutalement compte tenu de la dette et l'expérience acquise avec la T2A devraient nous pousser à évaluer le potentiel d'approches de type "épisodes de soins" qui pousse la logique du séjour à son extrême, ou celle de la capitation qui paraît plus adaptée à la prise en charge d'une population que d'une prise en charge pour un soin spécifique.
- La "convergence" dont il y aurait tant à dire...
- Surtout il semble que l'Etat n'ait pas encore pris la mesure du formidable outil dont il s'est doté avec le couple PMSI/T2A. La réforme de la DGOS en est un des signes. Elle ne s'est pas restructurée par ligne de produits. La Mission T2A a été dissoute, ce qui peut se comprendre, mais ses fonctions ont été données à l'ATIH²⁸. Comme nous l'avions souligné alors "*il faudra bien que l'Etat ait les moyens de piloter son outil, de s'en servir, tout simplement. Ce temps n'est pas encore arrivé. On a l'ATIH qui, par fonction, ramène le PMSI à une mécanique, et encore, réduite à une approche par les coûts, certes nécessaire, mais qui paralyse un Etat qui devrait, à la Santé comme partout ailleurs, avoir une approche par les prix. Les coûts ne sont pas un pilote. La plus belle des mécaniques ne peut rien sans pilote. C'est vrai des belles voitures. C'est vrai de la T2A, de chaque GHM/GHS. On a la mécanique. On a aussi la route avec l'ONDAM. On n'a pas de pilote ni de feuille de route.*"²⁹ Hélas cela reste d'actualité³⁰.

L'apport du privé

Près de 25 ans pour mener à bien ce dossier fondamental. Cela vaut aussi la peine de s'interroger sur le rôle du secteur privé.

Le secteur privé n'a pas démérité, bien au contraire. Au total il a su apporter sa contribution à ce long chantier, plus que le secteur public.

Au début des années 90 il "sauve" le PMSI en montrant

qu'il était possible de le nourrir, que sa prise en charge fait partie de l'acte médical, que le contrôle de la qualité de la codification est nécessaire et bénéfique.

Il officialise par l'accord de 1991 le fait que le PMSI se justifie comme outil de tarification.

Pour se défendre des accusations malveillantes qui proclament alors que les cliniques opèrent mal les patients qui doivent ensuite se faire "réparer" dans les hôpitaux publics il impose le "chaînage" qui deviendra un formidable et indispensable outil d'évaluation et de santé publique.

Avec l'ADIMEHP il a aidé à convaincre qu'il fallait un organisme national de gestion et de publication des données d'activité, même s'il n'a pas réussi à en faire un organisme interprofessionnel. Il a convaincu le directeur de la CNAM Gérard Rameix et la directrice des hôpitaux, Claire Bazy-Malaurie³¹, de demander conjointement la mise au point d'une "échelle commune de référence". Projet torpillé par l'administration qui n'en voulait pas, mais outil qui manque encore cruellement aujourd'hui.

Plus tard on reconnaîtra que le passage à la T2A a sauvé l'activité MCO des établissements publics qui était en perte de vue car elle a remis les hôpitaux au travail.

Tout cela est important et montre que le secteur privé peut être un acteur déterminant dans la réforme et

l'orientation du système hospitalier tout entier... pourvu qu'il le veuille et qu'il s'en donne, même modestement, les moyens.

Sous la responsabilité de Martine Aoustin et avec la dissolution de la Mission qu'elle dirigeait, un chantier s'est clos³² car la réforme est en place.

Il est des actions qui, à elles seules, justifient toute une vie d'engagement professionnel. Cette Légion d'Honneur le souligne.

Il faut bien sûr un peu de chance et c'est toujours un honneur et une grande responsabilité de porter un dossier, un combat important et utile, à son aboutissement. Il n'empêche. Devant l'histoire, celui ou celle à qui incombe cette responsabilité et qui sait l'assumer, malgré toutes les difficultés rencontrées, laisse l'empreinte de son nom. Il est logique, souhaitable, juste que cela soit reconnu. Cela a été fait pour Martine Aoustin. C'est juste. C'est bien.

Modestement, cela valait donc de s'y arrêter ici, cette semaine. Cela vaut aussi encouragement pour prendre en charge de façon proactive les suites du chantier...

¹ Tarification à l'activité

² Programme de médicalisation des systèmes d'information

³ Le Professeur Robert Fetter (Université Yale, États-Unis) a été le premier à construire des DRG (diagnosis related groups) à partir de regroupements statistiques de séjours de définitions médicales et de coûts comparables.

⁴ Dotation globale de fonctionnement (DG) annuelle, reconduite chaque année depuis la loi du 19 janvier 1983

⁵ Frais de salle d'opération

⁶ Caisse nationale d'assurance maladie

⁷ Il y a eu ensuite l'expérimentation menée dans la région Languedoc-Roussillon à partir de 1994, avec tous les établissements publics et privés (48 établissements publics et privés PSPH et 55 cliniques privées).

Début 1997, le PMSI est étendu à tous les établissements d'hospitalisation privée. Il reste purement "descriptif".

⁸ On notera la parution cette semaine de l'important Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé. Cf. mail UNHPC 11/351 du 30 septembre 2011. Le sujet n'est plus seulement l'obtention d'une base de données homogène et de qualité. Il est surtout devenu celui de la sanction due aux versements "d'indus".

⁹ Gilles Johanet a été Directeur de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) de 1989 à 1993 et de juillet 1998 à février 2002. Depuis février 2011, il est Président du Comité économique des produits de santé (CEPS)

¹⁰ Responsable de la Mission PMSI à la Direction des Hôpitaux au début des années 90

¹¹ Union hospitalière privée (devenue FHP - Fédération de l'hospitalisation privée -, avec la FIEHP - Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée - en 2001)

¹² Confédération des syndicats médicaux français

¹³ Article L. 6113-7 du code de la santé publique, modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4

Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins.

Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement.

[...]

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.

Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961).

¹⁴ Responsable du département de l'information médicale



- ¹⁵ Commission médicale d'établissement dans les établissements publics ; Conférence médicale d'établissement pour les établissements privés
- ¹⁶ Il faut rappeler ici que jusqu'à la fin des années 1980, il y avait des débats "sérieux" sur la question de savoir si les infirmières pouvaient connaître le diagnostic du patient ! Il a fallu attendre les années 1990 pour qu'un Président du Conseil National de l'Ordre des médecins (Bernard Glorion, Président 1993 à 2001), qui a légitimité pour définir le "secret médical", le définisse non plus négativement mais positivement : "*est secret médical tout ce qui ne concourt pas à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient*"...
- ¹⁷ Joëlle Dubois-Lefrère, Elias Coca - *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalière : le PMSI* - Berger-Levrault - Juin 1992 - ISBN 2-7013-1032-6
Joëlle Dubois-Lefrère et Elias Coca étaient à l'époque à la "Mission PMSI" de la Direction des Hôpitaux, avec André Loth.
- ¹⁸ Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
- ¹⁹ Centre de traitement de l'information du PMSI
- ²⁰ Information médicale aide à la gestion des établissements (antenne de l'ENSP - École nationale de la santé publique)
- ²¹ Avec le Pr François Kohler
- ²² Association latine pour l'analyse des systèmes de santé
- ²³ Ce "club", très actif, réunissait tous les mois les représentants des cliniques expérimentatrices, avec, très souvent des acteurs du Comité National.
- ²⁴ Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée (cf. note sur l'UHP ci-dessus)
- ²⁵ Association pour le développement de l'information médicale et économique de l'hospitalisation privée
- ²⁶ Directeur de la CNAMTS de 1993 à 1997
- ²⁷ La "liste 4" était une liste de "petits" actes et de prestations qui n'étaient pas payés aux cliniques. Cette liste leur avait été imposée par Gilles Johanet. Par contre ces actes donnèrent lieu à GHM et GHS. Ils étaient donc bien payés aux hôpitaux. Supprimer ces rémunérations pouvait mettre en difficulté des hôpitaux à faible activité qui pratiquaient surtout ces petits actes. Certaines cliniques moins scrupuleuses que d'autres se sont donc mises à facturer les GHS concernés. Cela leur procura un temps de grosses recettes. Afin de "réguler" ces pratiques, mais pas trop vite, plusieurs circulaires essayèrent de définir la notion "d'actes frontières". Les dépenses constatées furent mises sur le dos d'une "*inflation naturelle due à la mise en place de la T2A*"...
- ²⁸ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, fondée par décret le 26/12/2000
- ²⁹ Chronique UNHPC 09/41 - "*T2A : 27 ans après, il faut encore apprendre à l'Etat que lorsqu'on a un bel outil il faut savoir s'en saisir et s'en servir*" - lundi 12 octobre 2009
- ³⁰ La courte conclusion du livre cité plus haut de Joëlle Dubois-Lefrère et Elias Coca (1992) comporte une phrase qui commence ainsi : "*le risque demeure cependant de passer d'une volonté sans outil à un outil sans volonté...*" Il y a près de 20 ans !
- ³¹ Directrice des hôpitaux de 1995 à 1998
- ³² On peut ici émettre un souhait : celui que Martine Aoustin, le cas échéant aidée par tel ou tel acteur de ce dossier, nous fasse un jour son historique. Le côté souvenir d'ancien combattant n'aurait bien sûr qu'un intérêt limité. Mais l'histoire très longue de cette réforme nécessaire et par certains côtés "évidente" comme support de réflexion sur les voies et moyens de la réforme de l'Etat le serait beaucoup plus. Une autre focale serait elle aussi passionnante : que nous dit ce dossier de la capacité d'adaptation du système sanitaire du point de vue de la sauvegarde de ses principes fondateurs d'accessibilité et de solidarité à une médecine de qualité ?