

## **Le coût des missions hospitalières.**

### **Des soins aux MIGAC, l'intérêt général à l'aune de la rationalité économique**

---

Isabelle POIROT-MAZERES  
*Professeur de droit public*  
*Co Directrice de l'Institut Maurice Hauriou*  
*Université Toulouse 1 Capitole*

L'hôpital est le lieu de bien des paradoxes, en particulier celui de la rencontre contemporaine de l'extrême précarité et de la technologie la plus sophistiquée. Il est à la fois l'ultime refuge où les plus démunis trouvent soins et hébergement, et un pôle d'activités où se concentrent les compétences et les équipements les plus aboutis. Longtemps pourtant, le soin, l'accueil des malades ne furent qu'accessoires, et la recherche erratique. Ainsi, avant de s'interroger sur le coût des missions hospitalières, il convient de rappeler brièvement comment elles se constituèrent comme telles. A l'origine, les hospices ou «maisons hospitalières» ont été créés pour accueillir les pèlerins, sur le modèle du «Grenier de Bonté», l'un des premiers hospices construit en Cappadoce au milieu du IV<sup>ème</sup> siècle. Ils ont gardé cette mission durant des siècles en vertu du principe de la charité chrétienne, tout en accueillant progressivement aussi les indigents, afin de les nourrir et d'en prendre soin à défaut de pouvoir les soigner. Dès alors, l'histoire de l'hôpital évolue, non sans soubresauts, dans une triple direction : « celle du champ religieux et de la charité vers le champ laïc de l'assistance universelle, celle du pouvoir local vers le pouvoir national, et celle de l'hébergement vers le soin »<sup>1</sup>.

Mais n'allons pas plus avant dans cette description bien connue pour ne retenir de cet héritage des lieux et des missions que la substance, c'est-à-dire ce qui fait aujourd'hui l'identité des établissements de santé, publics et privés, l'accueil et le soin de tous, mais aussi la clinique, savoirs et enseignements au chevet des malades, et, pour certains, la recherche. Les unes et les autres de ces missions ont été confortées par leur inscription dans le service public hospitalier, chacune a été portée par le rapprochement de l'université et de l'hôpital<sup>2</sup>, et toutes, progressivement, ont été évaluées, jaugées, et finalement confrontées au délicat équilibre de la balance intérêt général-rationalité économique.

A cet égard, s'interroger sur le coût des missions des hôpitaux, c'est d'abord appréhender les différentes dépenses qu'engendre leur délivrance dans les conditions de qualité, de sécurité et de continuité qu'imposent les textes. L'approche conduit ainsi à identifier les différentes charges produites par les activités hospitalières telles que les distingue l'Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) en quatre postes: l'hôpital étant avant tout une « industrie de main d'œuvre », les charges de personnel y sont de loin les plus lourdes (2/3 des dépenses

---

<sup>1</sup> E.MOLINIE, *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Rapport Cese, 2005, p.17.

<sup>2</sup> Justifiée par la clinique dans son sens premier (l'enseignement de la médecine au lit du malade), la présence médicale, pour investir les hôpitaux, n'a pu être effective qu'à la suite de l'harmonisation des hiérarchies universitaire et hospitalière ainsi que de la mise en place de divers dispositifs destinés à attirer les médecins talentueux, en leur donnant l'assurance d'être employés à plein temps et de garder dans le même temps une clientèle privée (Cf la réforme Debré, Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, et à suite le décret n°60-1030 du 24 septembre 1960 portant statut du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires, qui harmonisa les hiérarchies universitaires et hospitalières).

d'exploitation). Viennent ensuite les charges à caractère médical (achats de médicaments et de fournitures nécessaires aux soins, location et entretien des équipements) (16%), dont le poids toutefois varie en fonction de la taille de l'établissement et le type des soins qui y sont dispensés (23% pour un CHU, 5% dans un hôpital local). Si les charges à caractère hôtelier ont longtemps constitué la presque totalité des dépenses, aux temps où l'on ne soignait qu'avec des plantes médicinales ou des préparations magistrales et où se relayaient au chevet des malades de simples religieuses non salariées, elles ne pèsent plus que marginalement. Surtout, la logistique hospitalière dans son triptyque « restaurer, blanchir, maintenir » est depuis plusieurs années dominée par les dynamiques de la délégation et de l'externalisation<sup>3</sup>. Enfin, les investissements, indirectement impliqués dans toutes les missions, forment le quatrième titre de charges. Hors des missions hospitalières, même s'ils y contribuent, ils ne nous retiendront pas.

Toutefois, pour étudier la question des missions des établissements de santé et de leurs coûts dans leur rapport à l'intérêt général, l'approche purement comptable n'est pas d'un grand secours. Bien plus utile et signifiante est l'approche par les modes de financement<sup>4</sup> et l'adoption variable d'un mode de calcul fixant les tarifs en regard des coûts. A cet égard, les difficultés de financement des établissements hospitaliers comme les déficits chroniques de l'Assurance maladie ont conduit les pouvoirs publics à poursuivre deux logiques aux incidences parfois contradictoires : d'une part, le souci de contrôler les dépenses et recettes des établissements dans le cadre de plans successifs de maîtrise des dépenses de santé et, d'autre part, conformément à une logique libérale et un modèle d'hôpital-entreprise, la volonté d'assurer un financement au plus près de la réalité des coûts, et donc fonder une grande partie de la gestion financière des soins sur la responsabilisation des établissements quels qu'ils soient.

En 2007, réfléchissant sur « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier »<sup>5</sup>, le CCNE rappelait que la rentabilité des missions hospitalières devait être appréciée de façon tout à la fois globale et sur le long terme dans une société, et que cette « rentabilité » ne pouvait être « évaluée comme celle d'une entreprise où les coûts sont équilibrés par les recettes provenant de la vente de biens ou de services. Les clients de cette entreprise sont à la fois capables de les

---

<sup>3</sup> B.PERICARD ET L.BALLET, « L'économie de l'hôpital. II. Les dépenses » : « Pour les deux premières, depuis déjà longtemps, et pour la troisième désormais, la question se pose avec acuité : faire ou faire faire ? La restauration est encore aujourd'hui majoritairement assurée en interne (...). La blanchisserie est sans conteste la fonction hospitalière qui est la plus industrielle, c'est pourquoi, obéissant aux lois du secteur, elle a été très massivement mutualisée et/ou externalisée. La maintenance des bâtiments, des matériels a également été très longtemps assurée par des ressources internes à l'établissement, voire parfois par les résidents eux-mêmes. Elle est devenue une tâche spécialisée et fait même l'objet d'externalisation dans le cas des partenariats public-privé », La Revue Française de Comptabilité, Janvier 2010, n°428.

<sup>4</sup> HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, note « Analyse des coûts dans les établissements hospitaliers » : « Si la question de la mesure des coûts hospitaliers peut logiquement être reliée à celle de la tarification, la présente note est essentiellement consacrée à la mesure des coûts hospitaliers. L'analyse des coûts est indissociable du débat relatif à la tarification, [www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam\\_note\\_hopital](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_note_hopital).

<sup>5</sup> CCNE avis n°101, 28 juin 2007, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier »; E.MARTINEZ, R.BOURRET, F.VIALLA, « Entre déontologisme et utilitarisme : retour sur les enjeux éthiques de la maîtrise des dépenses de santé », Médecine et Droit, 2015, n°130, p. 1-7.

acheter à leur prix véritable, et libres de les acquérir ou non ; telle n'est manifestement pas la situation des usagers de l'hôpital »<sup>6</sup>. Il ne s'agit toutefois pas ici de reposer l'équation des coûts et bénéfices des systèmes hospitaliers et des systèmes de santé en général, sauf à rappeler, comme Didier Tabuteau, que certaines missions d'intérêt général ne peuvent pas être analysées uniquement au travers du prisme de l'efficacité et de la concurrence<sup>7</sup>, sans considération de leur contexte et de leur contribution à l'avenir. Réduisons l'angle d'approche. L'objectif, plus modeste, est ici de voir comment, dans un système inexorablement investi par les logiques libérales, les coûts de chacune des missions hospitalières sont assumés toujours au nom de l'intérêt général mais aussi en grande partie selon les règles de vérité des coûts et d'allocation basée sur l'activité.

A trouver ainsi un axe de réflexion, il se dessine dans les différences de situation entre les soins et les autres missions dites « missions d'intérêt général », mais aussi dans une certaine tendance à l'alignement. Pour les premiers en effet, si les réformes ont cherché, par la tarification à l'activité, à intégrer l'intérêt financier dans leur gestion, ces mécanismes n'y sont pas entièrement assumés (I) alors que les autres missions, traditionnellement marquées par le service public hospitalier et la gestion publique sont progressivement gagnées par une exigence de vérité des coûts et par l'objectif dominant de neutralité financière (II).

### **I. Le coût des soins : l'interrelation entre intérêt général et intérêt financier**

Les établissements de santé dans leurs activités de soins sont ainsi soumis à des contraintes d'efficacité économique et au dogme dominant de la concurrence selon une conception minimaliste de l'intérêt général<sup>8</sup> où la valeur comptable de la prestation est prioritairement prise en compte. Modèle politico-économique dont l'équilibre est toutefois appelé à se modifier au vu des évolutions en cours (B).

#### **A. Les soins saisis par l'efficacité économique ou comment l'intérêt financier a investi l'intérêt général**

Toute activité a une valeur, au sens économique et financier, et des coûts qui doivent être évalués puis financés. Le fait qu'elle soit d'intérêt général comme les soins hospitaliers ne saurait éluder cette évidence. Mais du fait de cette finalité, les soins, a fortiori dès lors qu'ils sont qualifiés de mission de service public, comme en 1970 et dans la récente loi Santé, ne peuvent être financés dans n'importe quelle condition. A s'interroger sur les coûts, l'on est conduit en préalable à questionner la qualification juridique de cette mission avant d'analyser les modalités de son financement.

#### **1. Les soins dans un entre deux juridique et financier**

---

<sup>6</sup> Ibid.p.10.

<sup>7</sup> « Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau », RDSS, p.5 et s. : « Si les vertus de la concurrence sont évidentes sur un plan économique et bien établies pour la production de biens et services dont la régulation est assurée par les prix, la question se pose différemment pour des activités d'intérêt général, c'est-à-dire dont la collectivité estime qu'elles doivent bénéficier, dans les conditions qu'elle fixe, de manière équitable à l'ensemble de la population. Les critères ne peuvent bien évidemment être que politiques, c'est-à-dire résulter d'un choix collectif exprimé à travers des institutions démocratiques ».

<sup>8</sup>Ibid.

a) Les soins, activité constitutive des établissements de santé, n'ont jamais été juridiquement appréhendés en eux-mêmes, comme un ensemble homogène et soumis à un régime commun. C'est au travers soit des missions générales des établissements soit des missions singulières relevant du service public que le Code de la santé les qualifie, afin d'en dégager les conséquences quant aux modalités à leur prise en charge ou aux conditions de leur délivrance. Ainsi, au titre des missions des établissements de santé, l'article L.6111-1 CSP identifie comme première des missions qu'assurent les établissements de santé, publics et privés, « les examens de diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient »<sup>9</sup>. Jusqu'à la loi HPST, de ce socle commun étaient distinguées certaines missions spécifiques constitutives du SPH, comme telles obligatoirement assurées par les établissements publics, les personnes privées pouvant toutefois être spécialement habilitées à les prendre en charge : activités de soins singulières par leur condition d'exercice (l'aide médicale d'urgence<sup>10</sup>) ou par le public visé, au croisement de préoccupations sociales diverses, soins dispensés à des populations vulnérables et placées sous responsabilité publique (soins aux détenus<sup>11</sup> et aux personnes retenues<sup>12</sup>).

On sait que l'un des objectifs de la loi HPST a été de casser cette conception globale du service public hospitalier pour n'en plus retenir qu'une série de quatorze missions, pouvant être assurées indépendamment les unes des autres et indifféremment par des établissements publics ou des organismes privés. A la notion organique de SPH, succède alors une approche matérielle, énumération de diverses missions, fragmentées, susceptibles d'être prises en charge par tous et caractérisées par des obligations bien définies. Du fait de cette énumération limitative, les missions de soins traditionnelles, qui entraient juridiquement dans le service public par le seul fait d'être organiquement assurées par les établissements publics, c'est-à-dire l'essentiel de l'activité hospitalière, n'en relèvent plus systématiquement. Car, si « les missions de service public visent à mettre en exergue certaines activités spécifiques, par essence de service public », cette approche « laisse paradoxalement sans qualification l'activité de soins, l'article L.6112-1 du CSP ne faisant effectivement pas référence à l'activité « cœur de métier » de tout établissement de santé, c'est-à-dire la prise en charge sanitaire des patients »<sup>13</sup>. Dans cette conception, l'acte de soins est ainsi en lui-même placé hors service public sauf conditions particulières de délivrance déterminées par de grands principes fonctionnels, ou cas singuliers (énumération matérielle circonscrite) fortement marqués d'intérêt général et de responsabilité sociale. Il est par là vidé de sa connotation « politique » pour n'être plus saisi que comme « prestation technique », d'où, logiquement, « la comparaison des coûts, la recherche d'une tarification commune aux deux secteurs et le refus

---

<sup>9</sup> Nouvelle formulation : « « Les établissements de santé, publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. »

<sup>10</sup> Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

<sup>11</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

<sup>12</sup> Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

<sup>13</sup> O.VERAN, B.LACLAIS, J.-L.TOURAINE, H.GEOFFROY ET R.FERRAND, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à la santé, Ass.Nat.n°2673, p. 44; D.TABUTEAU, préc.p.10.

de toute distinction »<sup>14</sup> selon la vocation, lucrative ou non, des établissements dans lesquels l'acte est réalisé.

A cet égard, les oscillations dans la consistance et l'étendue du SPH, de la loi HPST à la loi santé, de la « vaporisation » à la réhabilitation, ne devraient pas modifier le cadre du financement des missions hospitalières, les financements publics devant en toute hypothèse, dès lors que l'on considère les hôpitaux comme des « entreprises » au sens du droit européen<sup>15</sup> et qu'est ici retenue par la CJUE comme la loi Santé la qualification de SIEG, s'inscrire dans les limites de la jurisprudence européenne (paquet Monti-Kroes et décision Almunia<sup>16</sup>). En effet, si certaines missions de soins comme les soins aux détenus ou l'action des SAMU, au cœur du service public, sont toujours sous dotation, le fait que toutes les autres soient réintégrées dans un SPH qui n'est plus défini que fonctionnellement<sup>17</sup>, ouvert directement ou sous conditions à l'ensemble des établissements de santé, ne semble ne rien devoir changer à leur régime comptable et financier.

D'autant qu'un service public ne peut s'abstraire de toute considération de coût, même il ne saurait s'y réduire. A cet égard comme le rappelle une thèse récente<sup>18</sup>, toute réflexion sur le financement du service public doit prendre en considération l'interrelation nécessaire entre valeurs économiques et valeurs axiologiques du service. Le système de valeurs auquel renvoie l'intérêt général n'exclut pas toute idée de coût, bien au contraire, le respect des coûts par leur correspondance avec les prix inscrivant le service public dans une logique finaliste d'efficacité, meilleur rapport entre moyens disponibles et buts poursuivis. En d'autres termes, la recherche de l'intérêt général qui s'attache au service public est compatible avec une approche économique de son financement à partir de l'intérêt financier dès lors que charges et contraintes sont correctement évaluées<sup>19</sup>. Les coûts des soins sont ainsi appréhendés, contrairement à ceux d'autres missions hospitalières, à partir d'une approche de « vérité des prix » classique en droit public, présentée comme une exigence de la neutralité financière du service public qui conduit à une acception comptable du financement et la recherche de l'identité coût-valeur. La connaissance des coûts sert à fixer les prix, à positionner le service par rapport à un marché de référence, et à déterminer la tarification au plus juste.

b) Manifestation exemplaire de cette vision libérale du financement des besoins collectifs, la mise en place de la T2A en France ne correspond toutefois qu'imparfaitement à ces

---

<sup>14</sup> D.TABUTEAU, RDSS, préc.p.7 .

<sup>15</sup> S.HENNION, « Service public de santé et droit européen », RDSS 2013, p.45 et s.

<sup>16</sup> On sait qu'en 2003, avec l'arrêt Altmark, la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) a encadré les possibilités de financement, par les autorités administratives, des obligations de service public, à travers la notion de services d'intérêt économique général (SIEG), dans le « paquet Monti-Kroes », adopté par la Commission européenne en novembre 2005<sup>16</sup>, par la suite, précisé par la décision « Almunia », adoptée le 20 décembre 2011, qui écarte l'obligation de notification des aides et vise spécifiquement les « compensations octroyées à des hôpitaux fournissant des soins médicaux, notamment, s'il y a lieu, des services d'urgence ».

<sup>17</sup> Sous réserve justement de l'aide médicale urgente, assurée par les SAMU, mission exclusive du SPH dans la mesure où cette activité est d'ores et déjà assurée dans le respect des obligations prévues par le projet de loi pour le SPH et dans la mesure également où cette activité d'aide médicale urgente relève de par sa nature de l'État et donc des établissements publics de santé

<sup>18</sup> L.BAHOUGNE, *Le financement du service public*, Thèse Poitiers 2014, p.241, n°422 et s.

<sup>19</sup> Ibid, p.356, n°645.

exigences. Sur ce plan aussi, les soins sont caractérisés par une absence d'unité. Entre-deux financier à deux niveaux. D'abord, les soins relèvent de modes de financement distincts, dotations pour les soins spécifiques et tarification à l'activité pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics (ex-DG) et des établissements privés (ex-OQN). Ensuite, les mécanismes mêmes qui régissent la tarification à l'activité en France l'éloignent du modèle idéal de l'identité coût-valeur où la rémunération des différentes prestations tient compte de leur réalité économique (selon la formule souvent reprise, « les tarifs sont faits pour dire les coûts comme les horloges dire l'heure »). Dans le cadre de l'enveloppe ONDAM, la T2A joue comme clé de répartition des ressources des établissements de santé, conformément à l'idée que les tarifs doivent reproduire la hiérarchie des prises en charge en termes de coût moyen de production, garantie de la neutralité tarifaire, même si ce lit de Procuste de la T2A n'est pas forcément la garantie de l'équité. Toutefois, les tarifs T2A actuels s'écartent de cette neutralité, écarts qui tiennent pour l'essentiel au conflit entre le principe de neutralité tarifaire inhérent à la T2A et le souci de ménager les ressources « historiques » des établissements. Cette contradiction est peu assumée, parfois justifiée par des considérations présentées comme relevant d'objectifs « de santé publique ». De fait, depuis la mise en place de la T2A, le principe de neutralité tarifaire a été entamé par certaines distorsions volontaires de tarifs, en particulier au nom de priorités de santé publique (cancer par exemple) ou d'objectifs d'organisation des soins (exemple de la pénalisation des césariennes par rapport aux accouchements)<sup>20</sup>.

Sous ces réserves, le financement des soins a bien été progressivement articulé sur le lien entre les ressources et l'activité réelle, sans exclure pour certains d'entre eux, plus singuliers car fortement imprégnés de considérations sociales, le maintien d'un financement par dotation.

## 2. De l'évaluation à la prise en charge des coûts : clivage dans les soins

Tous les soins ne sont ni évalués ni financés de la même manière. Certains d'entre eux, nous y reviendrons, relèvent de la dotation MIGAC. Pour les autres, les logiques divergent, singularisant les soins MCO avec l'idée dominante que désormais ce sont les pathologies et l'ampleur des moyens mobilisés en regard qui doivent déterminer les recettes allouées. Les coûts déterminent ici les tarifs.

a) Les coûts appréciés directement à partir de l'activité : les activités de soins en MCO *Outils*. Dès avant la mise en place de la T2A, certains outils appelés à la conforter étaient déjà utilisés dans les établissements de santé comme le PMSI<sup>21</sup>. D'autres l'ont accompagnée.

Pour fixer dans ces conditions un tarif à la mesure des charges produites par l'activité de soins, il est indispensable de bien évaluer ces coûts, voire de les modéliser ou d'utiliser des

<sup>20</sup> P.-L. BRAS, J.-L. VIEILLERIBIERE (IGAS), P. LESTEVEN, *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, T.1, 2012, p.18 et s.

<sup>21</sup> Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » : articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. À cette fin ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge » : c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

référentiels, afin de pouvoir aussi les actualiser et les comparer. Pour anticiper comme suivre le calcul et l'évolution des dépenses, l'ATIH produit ainsi régulièrement au travers les Etudes nationales de coûts communes, des référentiels c'est-à-dire des coûts moyens nationaux par type de prestation de soin (la construction d'une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements), ce qui permet aux établissements: de situer leurs propres coûts.

Par ailleurs, l'approche du financement de la valeur du service par ses coûts a conduit tant à l'analyse économique de la compensation des obligations de service public qu'au développement de la comptabilité analytique dans les hôpitaux. Celle-ci permet en effet de décomposer le coût des services et des biens, de calculer le coût des activités cliniques et des supports (blanchisserie, restauration...), d'identifier de la sorte les charges directement liées à l'activité (temps de travail des personnel, matériels à usage unique, stérilisation es matériels...) et les charges indirectes non réparties (chauffage, électricité, entretien...), afin de déterminer le prix de revient réel de chaque activité. La réforme tarifaire s'est donc traduite par le développement d'outils donnant une connaissance approfondie des coûts imputables à chaque thérapeutique ou parcours de soin (R.6145-7 CSP), par une recherche de rationalisation de l'activité et de sa connaissance par l'amélioration du codage, autant de modalités de gestion analogues à celles des entreprises privées, qui positionnent aussi les financements au plus près de la production médicale.

*Dispositifs.* Le système de la facturation à l'activité constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics (ex DG) et des établissements privés (ex OQN). La première source de financement des établissements provient du paiement des prestations d'activité réalisées, notamment via les tarifs par séjour. L'activité est mesurée par la répartition des cas des patients dans des groupes homogènes de séjour à chacun desquels est fixé un tarif. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un «groupe homogène de malades» (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) «groupe(s) homogène(s) de séjour» (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie<sup>22</sup>. A cet égard, rappelons que le coût correspond à l'ensemble des ressources mobilisées par l'établissement pour la prise en charge d'un patient, chacun d'entre eux se voyant attribuer un tarif, après avoir été catégorisé par le biais d'un algorithme qui prend en compte l'âge, le diagnostic principal, les diagnostics secondaires et les actes médicaux et chirurgicaux. L'ENC MCO distingue ainsi cinq types de coûts<sup>23</sup> : les coûts des soins réalisés au lit du malade<sup>24</sup>, les coûts des actes techniques<sup>25</sup>, le coût des

---

<sup>22</sup>J.-J. JEGOU, *Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier*, rapport d'information, Sénat, 29 juin 2011, p. 10 et s.

<sup>23</sup> Cf Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, *Guide méthodologique MCO 2015 ; Les coûts des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique 2012*, p.4-5.

<sup>24</sup> Ce sont les coûts de personnel du service clinique qui héberge le patient (médecins, infirmières, aides-soignants, agents de service hospitalier, ...) mais également ceux liés aux biens médicaux du service (entretien, maintenance, amortissement et location). Pour les cliniques à but commercial, la rémunération des médecins est directement affectée au séjour et n'est donc pas incluse dans les coûts des soins réalisés au lit du malade.

<sup>25</sup> Il s'agit des dépenses des actes réalisés sur les plateaux techniques (bloc, imagerie, exploration fonctionnelle, laboratoire, urgences, anesthésie, ...). Ce sont des dépenses de personnel (médecins, infirmières, aides-soignants, agents de service hospitalier, ...), et des dépenses de biens médicaux (entretien, maintenance, amortissement et location). Pour les cliniques du secteur ex-OQN, la réalisation de ces actes est financée via un honoraire qui est

consommables, médicaments, honoraires<sup>26</sup>, les coûts liés au fonctionnement transversal de l'hôpital<sup>27</sup> et les coûts liés à la stérilisation, à la gestion de la pharmacie interne. En plus de la tarification au séjour, certaines charges particulières donnent lieu à facturation complémentaires sous forme de suppléments journaliers (soins intensifs, néonatalogie, réanimation).

b) En parallèle, d'autres systèmes prennent le relais pour des prestations particulières.

Conformément à l'article L.162-22-8 CSS certaines activités non décrites par les GHS sont financées sur la base de tarifs de prestation spécifiques, complétées le cas échéant par un forfait annuel. Ce système s'applique aux urgences, aux prélèvements d'organes, à l'hospitalisation à domicile, au traitement de l'insuffisance rénale, aux soins non suivis d'hospitalisation et aux consultations et soins externes.

S'agissant de la logistique pharmaceutique, certains médicaments et dispositifs médicaux implantables particulièrement onéreux qui risquent par là même de provoquer des distorsions au sein d'un même GHS sont facturables directement par les établissements de santé auprès des organismes d'assurance maladie, en plus des prestations d'hospitalisation<sup>28</sup>.

c) Toujours en marge de la T2A MCO, certains types de soins ou modalités de les dispenser sont restés sous régime précédent. C'est le cas des soins psychiatriques et des soins de suite et de réadaptation (SSR) non pris en compte actuellement mais pour lesquels une mise en place de la T2A est programmée dès 2016 pour les SSR<sup>29</sup> et en cours d'étude pour les établissements psychiatriques<sup>30</sup>.

---

directement rattaché au séjour. Ce poste ne comprend donc pas les dépenses de personnel pour ces établissements.

<sup>26</sup> Ces charges sont dans la méthodologie de l'ENC, appelées « charges directes » et correspondent aux dépenses qui sont directement attachées au séjour du patient: les médicaments avec une distinction entre les médicaments inscrits sur la liste en sus (facturés en plus du tarif des séjours) et les autres médicaments; les dispositifs médicaux implantables (DMI) avec la même distinction que sur les médicaments entre les DMI facturables en sus et non facturables en sus; les autres consommables (pansements, sondes, ...); la sous-traitance (laboratoire, imagerie, ...); les honoraires: les médecins du secteur ex-OQN sont rémunérés par un honoraire. Les médecins du secteur ex-DG sont salariés mais peuvent exercer une partie de leur activité à titre libéral et ainsi percevoir des honoraires.

<sup>27</sup> Sont regroupées les charges de logistique générale liées à la prise en charge des patients comme l'accueil et le secrétariat, les services administratifs, la restauration, la blanchisserie, le département d'information médicale, services informatiques, ...

<sup>28</sup> Cf sur la liste en sus, l'IGAS, L'hôpital, p.52.

<sup>29</sup> H.DE FAVERGES, « La réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation : point d'étape avant lancement », Finances hospitalières, avril 2015, p.9.

<sup>30</sup> Cf entre autres, J.-C.DELNATTE, « La T2A a dix ans : une réforme à la croisée des chemins », Finances hospitalières, n°88, février 2015 : « La question de l'extension de son champ d'application à des activités non encore couvertes n'est pas définitivement résolue. En ce qui concerne les ex hôpitaux locaux, qui demeurent financés par dotation globale, la réponse devrait être apportée dans le cadre plus large des " hôpitaux de proximité ", catégorie instituée par la LFSS pour 2015, qui prévoit à leur égard un mode de financement mixte, dérogatoire au droit commun de la T2A. S'agissant des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), la réforme de leur financement n'a plus comme objectif l'application de la T2A, selon le rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé rédigé par DGOS, mais la mise en place de modalités innovantes mariant dotations, financement d'activités largement forfaitisé et à l'unité, avec ou sans hébergement. La réforme du financement de la psychiatrie est, quant à elle, renvoyée aux calendes grecques puisqu'il n'est plus question, toujours d'après le rapport précité, que de conduire des travaux qui " permettront à long terme, d'envisager une classification adaptée à l'activité de psychiatrie et, sur cette base, d'être en mesure de mener une réflexion sur le financement de parcours types ou des modes de prise en charge issus de référentiels ".

Ils disposent d'ores et déjà du développement d'un PMSI qui leur est propre mais pour l'instant sans répercussions budgétaires. Ces activités restent financées sous forme d'une dotation forfaitaire appelée « dotation annuelle de financement » qui n'est pas sans évoquer les modèles de financement, spécifiques, des MIG. Les activités de SSR et de psychiatrie sont financées selon deux modalités différentes: un financement alloué par les régions intégralement en dotation, via la dotation annuelle de financement (DAF), s'agissant des établissements du secteur public ou les structures privées à but non lucratif ; un financement alloué à l'activité à l'aide des tarifs définis par prestation et discipline médico-tarifaire, qui concerne principalement des cliniques privées du secteur commercial.

Ce sont ces différents dispositifs et leurs articulations que les transformations du système de santé, et de la relation de soin tout à la fois, questionnent dans leur pertinence.

## B. Evolutions en cours ou comment l'intérêt général est appelé à influencer sur l'intérêt financier

Les coûts comme leur prise en charge sont appelés à évoluer sous les effets conjugués d'abord des contraintes financières, ensuite des insuffisances des modes de financement actuels, enfin de la nécessité d'adapter ces derniers comme l'appréhension des dépenses de santé à l'évolution du parcours de soins notamment dans le cas des maladies chroniques.

### 1. La « progression ralentie de l'ONDAM » : tensions sur le financement

a) Economies... Dans le contexte de déficit persistant de l'assurance maladie, la maîtrise de l'ONDAM c'est-à-dire une progression des dépenses mieux contrôlée est présentée comme un enjeu majeur<sup>31</sup>. Et si des mesures structurelles concernant l'ensemble du système de santé doivent permettre de soutenir un tel effort tout en préservant la qualité et l'égalité dans l'accès aux soins, la première mesure est de limiter les charges et singulièrement de facturer à l'Assurance maladie les prestations de santé aux meilleurs prix possibles c'est-à-dire « le prix nécessaire à la couverture des coûts les plus efficaces »<sup>32</sup>. A l'hôpital, des gains d'efficience substantiels peuvent être obtenus, soulignent la Cour des comptes et l'IGAS/l'IGF, grâce à une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement et un suivi plus rigoureux des charges financières. A cet égard, l'adoption d'une démarche contractuelle encadrée (contrats de performance simplifiés et articulés avec le CPOM) doit permettre de responsabiliser les gestionnaires hospitaliers, singulièrement en limitant le coût des hospitalisations et les charges caractère médical et hôtelier (diverses voies ici, citons entre autres la récupération rapide après chirurgie (RRAC), sésame tout à la fois de la rationalisation et de la qualité des soins)<sup>33</sup>. De manière générale, en tous secteurs, après la rationalisation comptable, et compte tenu de l'optimisation désormais acquise du codage des actes, des marges d'économie persistent dans une meilleure appréhension des charges comme dans l'adoption de démarches vertueuses, par exemple en matière de développement durable (par le biais de la responsabilité sociale des entreprises et autres guides EMAS-Eco-Management & Audit Scheme).

<sup>31</sup> Cf le plan d'économies ONDAM 2015-2017.

<sup>32</sup> IGAS/IGF, rapport préc. p.34.

<sup>33</sup> Ibid.p.36.

b) Enfin, d'autres pistes peuvent désormais être explorées en secteur public, singulièrement le recours à des sources de financement privées étrangères, pouvant venir pallier les insuffisances de l'ONDAM et partant, on peut l'espérer, servir le SP. De nouvelles dispositions dans la loi Macron mettent fin à l'interdiction qui est faite aux hôpitaux publics, dès lors que « leur objet principal des établissements n'est ni industriel et commercial », de prendre des prises de participation dans des sociétés civiles ou commerciales ou créer des filiales<sup>34</sup>. Par ailleurs, l'expérience lancée par l'AP-HP de réserver certains lits à de riches patients étrangers non couverts par un régime d'assurance maladie mais attirés par l'excellence de l'hospitalisation française, et auxquels sont appliqués, pour les soins programmés prodigués et l'hébergement, des tarifs librement déterminés par le directeur, est désormais entérinée<sup>35</sup>.

Dérives néolibérales menaçant le SP ou opportunités de modernisation et de pérennité de celui-ci, la distinction, très politique, dépendra du cadre juridique et des contrôles démocratiques prévus.

## 2. Les marges d'amélioration de la T2A

Les années de pratique donnant le recul nécessaire, divers rapports livrent une analyse critique du modèle de financement de l'activité hospitalière. S'ils confortent les principes fondamentaux de la T2A, ils invitent aussi le gouvernement à impulser « un nouveau cycle d'évolution du modèle ayant pour but de gagner en équité et en transparence, de s'inscrire dans une « stratégie de la qualité » en permettant aussi de progresser en terme de lisibilité et de stabilité. Les aspects positifs de la réforme sont connus (amélioration de l'offre de soins, prise en compte des enjeux médico-économiques dans les établissements), les travers de la T2A, dans ses mécanismes<sup>36</sup> comme ses outils (l'ENCc au premier chef<sup>37</sup>), tout autant. Ils ont

---

<sup>34</sup> Loi<sup>o</sup> 2015-990 du 6 août 2015 *pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques*, JORF n°0181 du 7 août 2015 page 13537, art.177. L'article 6145-7 est complété par cet alinéa : « Les centres hospitaliers universitaires peuvent prendre des participations et créer des filiales pour assurer des prestations de services et d'expertise au niveau international, valoriser les activités de recherche et leurs résultats et exploiter des brevets et des licences, dans des conditions et limites fixées par décret en Conseil d'Etat».

<sup>35</sup> Décret n° 2015-1042 du 20 août 2015 *fixant les dispositions applicables pour la détermination des tarifs de soins et d'hébergement mentionnés à l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale*, JO du 22 août 2015, p. 14788, texte n° 18.

<sup>36</sup> L'IRDES a sur ce sujet livré des analyses éclairantes tant sur le calcul des coûts, soulignant notamment l'importance de pouvoir « identifier les différences de coûts qui reflètent les différences de « pratique clinique » qui sont justifiées. Il est également important de pouvoir distinguer les coûts variables, générés par les soins directs reçus par le patient et que les établissements peuvent maîtriser ou ajuster, des coûts fixes sur lesquels ils ont peu de marge de manœuvre ». Le principe même de sa conception en France et en Angleterre, où les tarifs reflètent les coûts moyens, est contesté. « Or il est acquis aujourd'hui qu'une telle démarche a un impact inflationniste. Il n'est pas indispensable qu'il y ait un rapport direct entre les prix et les coûts réels. En fait, d'un point de vue théorique, les tarifs ne devraient refléter les coûts qu'à condition que la gamme existante des services de soins dans le marché soit idéale, ce qui est peu probable », Cf Z.OR, TH.RENAUD, « Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital », IRDES, 2009, p.9.

<sup>37</sup> IGAS, 2012, p. 42 : « L'échelle nationale de coûts présente certaines limites. Celles-ci sont répertoriées et connues. L'échantillon des établissements est restreint particulièrement dans le secteur privé. La qualité de recueil des données dans les établissements concernés n'est pas parfaite. Les données reposent sur des conventions de la comptabilité analytique qui comme toutes les conventions ne prétendent « dire la vérité sur les coûts mais sont, à un moment donné, la moins mauvaise méthode pour les approcher. Parmi ces conventions, il est admis que la règle de répartition à la journée du travail du personnel soignant est grossière. »

été longuement analysés, singulièrement dans les distorsions tarifaires qui pénalisent certaines activités ou le manque de lisibilité et de prévisibilité qu'ils induisent. Des dispositifs correctifs ont été adoptés<sup>38</sup>, nous n'y reviendrons pas<sup>39</sup>. En revanche, peuvent être reprises quelques remarques de fond sur certains déséquilibres de nature à peser sur les hôpitaux et obérer l'accès aux soins. La pertinence des référentiels de calcul des coûts est souvent discutée, notamment celle de l'ENCC. Cette dernière produit une « hiérarchie des activités fondée sur l'observation de leurs coûts passés ramenés à la moyenne. Or il peut être soutenu que le coût moyen, s'il approche les pratiques les plus répandues ne garantit pas que celles-ci soient les plus efficaces d'un point de vue médical et organisationnel, donc économique »<sup>40</sup>, ce qui conduit à sélectionner les activités et séjours et donc les patients par leur valorisation. Par ailleurs, elle ne permet pas de rendre compte des activités les plus rares, qui échappent à toute approche statistique, notamment les activités isolées, pourtant indispensables à l'équilibre des soins sur le plan territorial, ou les pratiques les plus innovantes. Pour celles-ci, il conviendrait de distinguer entre les activités appréhendées par coûts moyens et celles devant l'être à partir des meilleures pratiques. Par ailleurs, l'hôpital, par nature, étant en charge du service public et soumis aux principes qui le gouvernent, subit de très fortes contraintes, mal appréhendées par la tarification à l'activité et l'approche par la vérité des coûts. En particulier, au-delà même des SSR et de la psychiatrie très fortement sollicités, une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière MCO est mobilisée par la prise en charge des personnes âgées, prise en charge particulièrement coûteuse au regard des polyopathologies du grand âge, de la chronicité des maladies voire de l'inadaptation de l'organisation des soins à cette patientèle, ce qui se traduit par une déformation de la structure d'activité hospitalière au détriment des établissements publics<sup>41</sup>. Plusieurs pistes d'amélioration sont proposées, avec une constante: à l'instar de ce que porte la T2A, le financement doit pour une part déterminante continuer de « suivre le patient ».

### 3. Les nouvelles données des soins

La DGOS dans son Rapport 2014 au Parlement, *relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé*, dénonce les insuffisances d'une vision de la prise en charge où le séjour est enfermé dans une unité de temps, de lieu et du type de soins ou d'établissement, peu compatible avec le développement de la médecine de parcours, objectif central de la Stratégie nationale de santé. Il est donc indispensable de repenser globalement les dispositifs de financement hospitaliers dans le cadre d'une profonde restructuration de l'offre de soins dans son ensemble. Pour ce faire, contrer les effets pervers de la T2A ne suffit pas, il faut estomper les effets cloisonnants de ce mode de financement, qui isole les soins hospitaliers à la fois de la médecine de ville et des suivis, segmente les

---

<sup>38</sup> J.-C.DELNATTE, « La T2A a dix ans : une réforme à la croisée des chemins », Finances hospitalières, février 2015, préc.

<sup>39</sup> Rapport 2013 au Parlement sur le *financement des établissements de santé*, p. 7 et s. « Repenser la T2A pour une allocation de ressources plus équilibrée » ; Evolution de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins, p.4 et s.; IGAS, Rapport 2012, *Evaluation de la tarification*, préc.p.41 et s.

<sup>40</sup> Rapport 2013, préc.p.9 ; Z.OR, TH.RENAUD, art.préc.

<sup>41</sup> Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2012, « La prise en charge des personnes âgées », 10.1.

parcours et ne permet pas de financer correctement la prise en charge des pathologies complexes ou des maladies chroniques.

a) Pour anticiper les mutations dans les coûts et leur configuration à venir, il importe de se placer dans une perspective plus large, qui est celle de la médecine de parcours, voire du parcours de vie, qui accompagne la nouvelle notion de SPH appuyée elle-même sur le service public territorial de santé. L'objectif est de faire coopérer réellement et efficacement toutes les structures et tous les professionnels concernés, notamment les professionnels libéraux, médicaux, paramédicaux et au-delà, tout au long du continuum du parcours de soins du patient, pour une prise en charge plus efficiente et plus soucieuse de son individualité. Le parcours de soins, et, pour les personnes atteintes de maladies chroniques et au long cours, le parcours de vie, supposent la bonne articulation entre l'amont de l'épisode hospitalier et l'aval (soins de suite et de réadaptation, accueil en établissement du secteur médico-social et retour au domicile) ainsi qu'une approche coordonnée des coûts, des prises en charges et des financements<sup>42</sup>. Dans le même sens, la transition « épidémiologique » qui exige de plus en plus de prises en charge par la médecine de ville et la limitation annoncée de l'offre hospitalière par recentrage des établissements sur leur « cœur de métier », sont appelées à influencer durablement sur la configuration de leurs missions et de leurs coûts.

b) Tout ceci suppose de repenser et d'ajuster le mode de financement des établissements de santé, et en particulier de prendre en compte dans celui-ci « la promotion du parcours de soin et la problématique du décloisonnement en lien avec la Stratégie nationale de santé »<sup>43</sup>. Dans le même sens, il s'agit, via le rôle du Fonds d'intervention régional et les expérimentations conduites par les ARS, d'effacer les clivages entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Cela suppose de dynamiser les coopérations et donc de dépasser la conception du forfait hospitalier porté par la T2A<sup>44</sup>. Cette transition vers des approches transversales, mieux adaptées aux pathologies chroniques, est déjà amorcée pour certaines prises en charge comme l'insuffisance rénale chronique ou l'obésité, et une expérimentation sur les parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) est en cours de déploiement. Mais il s'agit aussi comme le relève l'IGAS, conformément d'ailleurs aux nouvelles pratiques et formes de la médecine, de recentrer les établissements de santé sur leur cœur de compétences (urgences vitales, diagnostic et traitement des épisodes aigus..) en assurant une prise en charge de haute qualité. La raison d'être d'une structure hospitalière est de fournir une plateforme de soins et de technologies de pointe et cette mobilisation permanente d'équipes et de matériels lourds et coûteux ne se justifie que pour la prise en charge des affections urgentes et phases aiguës des maladies<sup>45</sup>. Mieux appréhender les coûts

---

<sup>42</sup> E.COUTY, C.SCOTTON, Le pacte de confiance pour l'hôpital, Rapport Ministère des affaires sociales, mars 2013, p. 20.

<sup>43</sup> L'un des axes de réflexion fixés au Comité de Réforme de la Tarification Hospitalière (CORETAH) lors de sa mise en place en décembre 2012.

<sup>44</sup> Cf création du FIR ; mise en place par la LFSS 2014 (article 44) d'un mécanisme de fongibilité entre la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements de santé (qui finance les activités de soins de suite et de réadaptation - SSR- des établissements publics et privés non lucratifs) et le FIR, DGOS p.42-43.

<sup>45</sup> Ce recentrage allié au développement des logiques de parcours doit limiter ce que plusieurs rapports ont mis en lumière les inadéquations hospitalières (chiffrées en 2011 à 10,3% des lits occupés de manière permanente) liées tant à des défaillances d'organisation (55%) qu'à la prise en charge inadaptée des maladies chroniques ou

c'est donc aussi mieux appréhender les alternatives à l'hospitalisation complète, encourager à tous niveaux l'ambulatoire et la pratique de certains soins à domicile, le tout devant conduire à de nouvelles modalités de tarification.

Dans ces mouvements portés par les transformations des soins et donc de leurs coûts et financements, les SSR comme les projets à venir dans la psychiatrie fournissent des pistes de réflexion. Dans le prolongement de la réforme organisationnelle des soins de suite et de réadaptation (SSR) engagée en 2008 et achevée en 2013, il est apparu indispensable de refonder l'ensemble des dispositifs de financement de l'activité SSR. L'objectif n'est plus la transposition de la T2A, mais la mise en place de modalités innovantes mariant dotations, financement d'activités largement forfaitisé et à l'unité, avec ou sans hébergement, et apte à embarquer les logiques de parcours donc de coopération avec d'autres acteurs de l'offre de soins.

L'évolution doit également emprunter des voies qui préservent la valeur ajoutée des missions les plus caractéristiques du service public hospitalier (recherche, formation, prise en charge d'activités singulières...), réflexion qui rejoint la crainte des acteurs hospitaliers que des modes de financement axés sur l'activité, de plus en plus courants pour ces activités d'intérêt général, n'en altèrent, à en devenir essentiels, l'identité et la substance. La recherche de la conciliation entre des impératifs qui ne sont pas forcément contradictoires marque désormais ces « autres » missions hospitalières.

## **II. Le coût des autres missions hospitalières : la conciliation entre intérêt général et pertinence financière**

Certaines missions ont été exclues d'emblée d'un financement à l'activité, les établissements assurant diverses missions autres que des activités productrices de soins quantifiables à travers le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La plupart des Etats isolent ainsi au sein des activités hospitalières des missions singulières, marquées fortement d'intérêt général, qu'assument par principe les établissements publics, souvent peu rentables et se devant comme telles d'être garanties par des dotations de la puissance publique. C'est le cas de missions d'intérêt général identifiées (formation, recherche, accueil social, permanence des soins, activités de support, etc.) mais aussi de certaines prises en charge de patients trop lourdes pour entrer dans les logiques de la T2A. C'est pourquoi, dès la mise en place de celle-ci, des sources de financement spécifiques ont été préservées en dehors du principe général de tarification à l'activité<sup>46</sup>.

Mais, quoiqu'il en soit des modes de financements retenus en considération de finalités d'intérêt général encore plus prégnantes ici que pour les soins, l'objectif de neutralité

---

une utilisation trop importante des lits pour des personnes âgées par manque de filières adaptées en amont et aval.

<sup>46</sup> Une enveloppe dite d'aide à la contractualisation (AC) a également été prévue pour permettre aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de soutenir certains établissements soit dans le cadre de nouveaux investissements, soit parce qu'ils sont en difficulté financière, soit pour les aider à développer ou à maintenir certaines activités jugées nécessaires dans le cadre de l'organisation de l'offre sanitaire

financière en regard des coûts qui s'est imposé comme paradigme de la régulation pour les tarifs, est aussi devenu la référence pour les dotations via les modélisations des MIG ou leur justification au premier euro<sup>47</sup>, afin de soutenir certaines activités sous financées ou supprimer à l'inverse certaines situations de rente maintenues à l'encontre de l'intérêt financier collectif et des règles communautaires. Dès lors, l'effort de rationalisation et de transparence a aussi porté sur les « missions d'intérêt général »<sup>48</sup> et sur les déterminants des dotations.

Regroupées sous le vocable commun de MIGAC<sup>49</sup>, ces missions singulières renvoient en grande partie au noyau dur du SPH, mais sans superposition, les unes relevant du CSS et l'autre du CSP. Elles sont ainsi financées par une dotation ad hoc au sein de l'ONDAM. Le champ en est défini par l'article L.162-22-13<sup>50</sup> et la liste fixée régulièrement par arrêté<sup>51</sup>, le périmètre des MIG étant évolutif par nature : dès lors qu'une mission peut être suivie de manière quantifiable par le PMSI, la sortie du dispositif s'impose et à l'inverse, de nouvelles missions d'intérêt général mal adaptées à la tarification peuvent y être ajoutées<sup>52</sup>.

La dotation toutefois distingue traditionnellement, au-delà des aides à la contractualisation, d'une part les missions d'enseignement et de recherche, de recours et d'innovation (MERRI), et d'autre part les autres missions d'intérêt général, structures et des activités diverses, marquées les premières comme les secondes par un clair-obscur dans les coûts et les financements.

#### A. Les MERRI entre affinement des coûts et ajustement des financements

Selon D.162-6 CSS, elles recouvrent : a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique; b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux; c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de

---

<sup>47</sup> DGOS, p.14 ; Rapport 2011 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

<sup>48</sup> PIERRE-LOUIS BRAS ET DR GILLES DUHAMEL, *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, novembre 2009 ; Guide DGOS, *Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général*. Version 1, décembre 2012 ; Circulaire n° DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé.

<sup>49</sup> Le montant de la dotation MIGAC a été fixé à 6 298,4 millions d'euros pour 2015 (Arrêté du 26 février 2015).

<sup>50</sup> « Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique (...), à ceux relatifs à la mise en oeuvre des orientations du schéma régional d'organisation des soins, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique ».

<sup>51</sup> Cf Arrêté 30 avril 2015, *fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D.162-6 et D.162-7 du code de la sécurité sociale*.

<sup>52</sup> Ainsi deux nouvelles missions d'intérêt général « l'activité médicale en mer » et les « cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) » ont été créées pour 2014.

recours; d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs.

C'est en 2008 qu'a été mis en œuvre un nouveau mode de financement inspiré par la volonté de favoriser la qualité des activités, d'être plus juste dans la répartition des fonds et de soutenir la valorisation de l'innovation. Les MERRI sont désormais une enveloppe budgétaire calculée pour chaque établissement en fonction des éléments dont on dispose sur leurs effectifs étudiants ou leurs efforts de recherche et d'innovation. Le financement est réparti sur trois socles, chacun construit sur des critères propres tirés du réel de l'activité. Il est constitué certes encore d'une part fixe, proportionnelle à certaines dépenses de personnel médical, aux charges du plateau médico-technique et à certaines charges d'infrastructure. Toutefois ces crédits du socle fixe, très éloignés de la logique d'efficacité puisque sans lien avec l'activité de recherche, ont vocation à disparaître et rejoindre progressivement les autres parts, à savoir la part modulable, calculée en fonction d'indicateurs relatifs à la dynamique et à la valorisation de la recherche ainsi qu'au nombre d'étudiants, et la part variable qui recouvre à la fois le financement de structures de soins labellisées, celui des activités donnant lieu à des appels à projets et celui des activités de soins réalisées à titre expérimental ou non couvertes par les nomenclatures ou les tarifs.

Au-delà, l'appréhension des coûts effectifs est délicate et celle des financements source d'interrogations. Ainsi l'IGAS relevait en 2009 qu'il n'était pas certain « que les sommes consacrées à l'enseignement et à la recherche correspondent effectivement aux coûts de ces missions pour les établissements »<sup>53</sup>, ce qui a conduit pour la recherche à une externalisation progressive des sources de financement et pour l'enseignement à une recherche de la réalité des charges supportées.

### 1. La difficile appréhension des coûts de l'enseignement

L'IGAS rappelle à cet égard que la formation des médecins, pharmaciens et odontologistes sans omettre celle des paramédicaux est fondée sur des enseignements théoriques assurés par les universités et des enseignements pratiques, au lit du malade, par compagnonnage dans les établissements de santé, singulièrement les CHU. Or si les praticiens HU participent à la formation universitaire des étudiants (cours, TD, thèses), cette formation ne pèse pas sur le budget des établissements dès lors qu'elle est imputée sur leur part universitaire. Les crédits MERRI ne servent pas à financer la formation théorique mais les enseignements et encadrements pratiques (stages pour les étudiants et les internes). Le coût pour les établissements de cette formation est précisément « la différence entre d'une part des coûts directs (indemnités/ rémunérations des étudiants et internes) et des coûts indirects (temps passé par les accompagnants, ralentissement de l'activité de soins, surcoût en investissement ou en consommables) et d'autre part la contribution des étudiants et internes à la production »<sup>54</sup>. Or ce coût est difficile à déterminer dans la mesure où il suppose d'apprécier l'impact du compagnonnage sur la "productivité" des activités de soins mais aussi la contribution des étudiants et internes à ce même fonctionnement. Plusieurs éléments doivent être mis en balance, tels l'expérience des étudiants (l'apport des étudiants et surtout celui des

<sup>53</sup> P.-L.BRAS ET G.DUHAMEL, *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, Rapport IGAS, novembre 2009, p.3.

<sup>54</sup> Ibid. préc. p.36.

internes augmentant « avec les années de formation de sorte que le surcoût devient limité voire nul pour les internes "expérimentés »), la densité d'étudiants et d'internes dans le service et l'encadrement du compagnonnage<sup>55</sup>.

A cet égard, toute réflexion sur le financement doit prendre en considération l'augmentation du nombre d'étudiants et d'internes en formation dans les établissements dès lors qu'elle pèse forcément sur le compagnonnage et les capacités de travail productif des équipes et services. Or l'enveloppe MERRI n'avait pas été conçue pour ce faire puisqu'elle n'est pas calculée en fonction de l'évolution des missions qu'elle finance, qu'il s'agisse de recherche ou de formation. Tel n'est plus le cas, et désormais la dotation à tous les établissements recevant des internes est élaborée en tenant compte du nombre d'internes présents et elle est modulée selon leur expérience et leur ancienneté.

Cette approche ne doit pas occulter les enjeux stratégiques pour les établissements de la formation et en particulier de la possibilité d'accueillir des internes. La loi HPST en en faisant une mission de service public ouverte à tous a donné aux établissements privés la possible maîtrise de leurs recrutements et l'assurance d'un personnel aguerri et acquis au secteur libéral. Le retour de cette mission dans le giron d'un SPH unifié a donc fait l'objet de négociations et d'arbitrages entre le gouvernement et l'hospitalisation privée.

## 2. Le redéploiement des coûts de la recherche

Les activités de recherche posent d'autres problèmes, même si l'on retrouve ici un certain flottement en lien avec les prestations croisées en raison de la distinction (en voie de d'effacement) entre recherche fondamentale et recherche clinique. La recherche fondamentale, conduite notamment au sein des laboratoires universitaires et des unités INSERM et CNRS, dispose d'un financement spécifique. Or ces structures sont souvent hébergées dans des établissements hospitaliers qui sont donc amenés à contribuer à leur fonctionnement, qu'il s'agisse de la participation de médecins et d'équipes ou de la mise à disposition de locaux et d'équipements. L'IGAS notait sur ce point « ces éventuelles prestations croisées entre l'hôpital et la recherche fondamentale ne sont pas précisément connues et d'intensité certainement fort différente selon les établissements. Même si l'impact sur le coût des soins de ces prestations est considéré par certains observateurs comme faible, il est impossible de déterminer le sens d'éventuels transferts (...) En tout état de cause, selon la DHOS, les crédits MERRI n'ont pas vocation à prendre en charge les surcoûts éventuels des établissements au titre de la recherche fondamentale. Ceux-ci auraient vocation à être traités par une facturation des prestations croisées»<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Ibid., p.36-37 : « A partir d'un certain nombre d'internes dans un service, il est plus difficile de les employer utilement. De même, l'interne sera plus productif dans un service où il existe des tensions en termes d'effectif médical, moins productif dans un service généreusement doté. Enfin le compagnonnage n'est pas normé, l'effort consenti par les équipes pour la formation et donc les coûts sont susceptibles de varier selon les services et leur discipline de spécialité. »

<sup>56</sup> Ibid. p.18 : les MERRI sont donc destinés à couvrir les coûts de la recherche clinique, « constitués par des dépenses individualisables (par exemple, des structures identifiées telles que les CIC) mais également par des surcoûts par rapport à un processus de soins normal ( par exemple les consommations médicales supplémentaires induites par les essais cliniques (médicaments, analyses biologiques, mobilisation d'équipements médicaux voire investissement spécifique), les moyens humains et techniques destinés spécifiquement à cette activité (personnels dédiés à l'appui réglementaire et méthodologique, à la mise en œuvre et à la gestion des essais, au traitement et à l'archivage des données...) et enfin par le temps consacré par les personnels hospitaliers

Depuis 2008, les enveloppes destinées à la recherche sont en partie calibrées à partir de critères relatifs à son dynamisme et à la valorisation des résultats, qui intègrent les projets et les réalisations (publications notamment) dans le calcul des dotations. Toutefois, cela peut aussi pénaliser la recherche si l'intégralité des surcoûts qu'elle suppose n'est pas financée<sup>57</sup>, véritable pierre d'achoppement pour les établissements. L'objectif est donc d'une part de relier recherche fondamentale et recherche clinique (promotion de la recherche translationnelle) et d'autre part de favoriser et soutenir la constitution de partenariats public-privé (Cf la SNS et les dispositions de la loi Macron, au bénéfice des 37 CHU) et d'en définir précisément le cadre afin de préserver un équilibre entre établissements hospitaliers et acteurs industriels<sup>58</sup>. On sait le rôle moteur ici joué par les Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation au sein des CHU, en charge notamment de faciliter la communication entre le monde hospitalier et le monde extérieur sur le plan de la recherche clinique afin d'en valoriser les réalisations, ou de diffuser les appels à projets dans le cadre des programmes de recherche locaux ou nationaux (Programme Hospitalier de Recherche Clinique du Ministère de la Santé, notamment). L'approche des coûts comme des financements ne peut qu'être impactée par le développement de nouvelles formes de coopération scientifique, de regroupement de structures (plateformes mutualisées, constitution de clusters...) et le croisement de financements extérieurs par appels à projets<sup>59</sup>. Le financement par appel à projets a pour avantage, d'abord d'effacer la concurrence au sein des hôpitaux entre soins et recherche et, ensuite « dès lors que le financement accordé compense l'intégralité des surcoûts, de lever les obstacles économiques à l'engagement dans des activités de recherche. Les établissements sont assurés que l'investissement dans la recherche ne viendra pas contrecarrer l'objectif d'équilibre de ses comptes »<sup>60</sup>. Ce nouveau modèle suppose aussi de financer à leur coût les structures transversales supports de la recherche sous la réserve de leur évaluation régulière.

## B. Les autres MIG, la rationalisation progressive

Extrêmement nombreuses et d'inspirations diverses au-delà de leur caractère d'intérêt général commun, elles couvrent un champ très large : participation aux missions de santé publique, ou à la mise en œuvre des politiques publiques dans divers domaines; permanence des soins en établissements de santé; soins dispensés à des populations spécifiques<sup>61</sup>. Le financement des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) et celui de la permanence des soins représentent les deux pôles les plus importants, soit près de la moitié du montant total.

---

(médicaux et non médicaux) à la recherche clinique qui réduit celui qui peut être consacré aux soins. Ce temps est le plus souvent imbriqué dans les activités de soins, il n'est donc pas possible de le décompter strictement ».

<sup>57</sup> IGAS, L'hôpital, préc.p.51

<sup>58</sup> A.PACI, B.BLETON, D.HAGGIAG MAZEAU, A.D'USSEL, *Médecine personnalisée et cancer: organiser et financer l'accès à l'innovation*, 2012, p.120 et s.

<sup>59</sup> Loi Macron, préc.article 177.

<sup>60</sup> IGAS, préc.p.28 : « Le financement sur projets devrait donc devenir le vecteur principal du financement de la recherche clinique. Rappelons que les crédits distribués sous cette forme dans le cadre du PHRC ne représentent aujourd'hui que 3% des crédits MERRI. Cette procédure présente, on l'a déjà évoqué, d'autres avantages : appréciation externe préalable de la pertinence des projets, concentration des financements sur les seuls projets ayant fait l'objet d'une validation externe, possibilité de favoriser des thématiques de recherche considérées comme prioritaires, affectation directe aux pôles et services assumant les surcoûts de la recherche... »

<sup>61</sup> Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, Version 1, DGOS.

Viennent ensuite la dotation de financement des SAMU<sup>62</sup> et celle visant à compenser la prise en charge hospitalière des patients en situation de précarité (PASS) ou soumis à des procédures régaliennes de rétention socio-judiciaire ou administrative<sup>63</sup>. Pour la plupart, ces « autres MIG » ont un caractère régional en ce sens qu'elles concernent essentiellement la population de la région et que les flux interrégionaux y ayant recours sont limités. Au-delà d'une impression de buissonnement qui en altère la compréhension, il faut relever l'effort de rationalisation dont elles font l'objet et qui doit permettre d'en mieux comprendre les coûts et la légitimité du financement.

#### 1. Un encadrement juridique strict : la justification du coût

A partir du sous objectif ONDAM, l'attribution procède de notifications arrêtées par les directeurs généraux d'ARS qui fixent le montant annuel de la dotation de financement des MIGAC pour chaque établissement dans le respect de la dotation régionale. Cette attribution doit répondre à des exigences strictes au regard des normes internes et communautaires<sup>64</sup>. Cela suppose que les arrêtés de notification soient motivés (article R. 162-44-2 CSS) afin d'éviter que l'absence de justification des dotations ne conduise à leur invalidation par le juge au risque de compromettre l'équilibre financier des établissements<sup>65</sup>. Surtout, conformément aux exigences européennes, pour ne pas que ces dotations soient considérées comme des aides d'Etat, cette sécurisation juridique passe par la contractualisation de tout engagement pris au titre des MIG (article L. 162-22-13 CSS), entre les établissements et les ARS via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. Le mécanisme de contractualisation des relations financières entre l'Etat et les établissements est à tout le moins classique, ce qui n'occulte pas pour autant les questionnements auquel il donne lieu sur les marges d'autonomie des acteurs (ARS comprises) ou sur la nature réelle des CPOM, dont on peut estimer qu'ils « n'ont pas de nature contractuelle mais constituent plutôt une modalité conjointe d'attribution des ressources publiques »<sup>66</sup> en contrepartie d'obligations préétablies.

A cet égard, si ces modalités de financement sont ainsi décrochées de la T2A, elles ne négligent pas pour autant les différences entre établissements, en termes d'activités ou de résultats. Comme le relève à cet égard le Guide de la DGOS, « bien au contraire, la dotation a comme objectif de compenser des surcoûts constatés, potentiellement différents selon les établissements compte tenu des disparités d'activités et de résultats. Bien que difficilement

<sup>62</sup> Hormis les grands établissements hospitaliers où SAMU et SMUR sont dissociés, dans bon nombre de cas, ces deux structures relèvent du même pôle d'activité et d'une organisation visant à une mutualisation des moyens humains, notamment médicaux : cette mutualisation constitue une source d'économie. Et parfois de confusion dans la répartition des charges en comptabilité analytique...

<sup>63</sup> Relèvent d'une logique distincte les structures de médecine légale du vivant ou de thanatologie : Unités médico-judiciaires et Unités de médecine légale financées par le ministère de la Justice dans le cadre du schéma national de médecine légale.

<sup>64</sup> Voir en ce sens l'annexe 5 relative à l'application du droit communautaire aux établissements de santé et le guide relatif à l'application aux services d'intérêt économique général, et en particulier aux services sociaux d'intérêt général, des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'Etat, de « marchés publics » et de « marché intérieur ».

<sup>65</sup> En effet, l'absence d'objectivation et de motivation explicite des notifications de dotations MIG peut conduire à la condamnation de l'ARS concernée par les tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et une annulation de l'ensemble des délégations de crédits sur la base du non respect des principes d'égalité et de non discrimination. Elle pourrait aussi entraîner une condamnation de l'Etat Français au niveau européen.

<sup>66</sup> L.BAHOUGNE, préc.n°351 et s.

quantifiable, les données d'activités doivent nécessairement être intégrées au calibrage de la dotation et *in fine* permettre une réévaluation de celle-ci au regard des résultats constatés »<sup>67</sup>. Il apparaît ainsi que les financements des MIG ont un caractère conditionnel et ne sont assurés qu'en fonction des résultats. Il faut que la mission développée soit jugée nécessaire par l'ARS au sein du territoire où se situe l'établissement, dans le cadre de la contractualisation, éventuellement après appel à candidatures.

## 2. Une identification des coûts perfectible : les avancées de la modélisation des dotations MIG

Dès 2005, le rapport de la mission commune des Inspections générales des finances et des affaires sociales (IGF/IGAS) sur le pilotage des dépenses hospitalières relevait que le financement des MIG était fonction des coûts observés, qu'« il n'exist[ait] donc aucune standardisation des coûts, et [que] la réalité et la pertinence de l'activité des établissements correspondant à ces missions n' [étaient] pas évaluées à ce stade »<sup>68</sup>. Depuis, a été entamé un travail de longue haleine afin de « modéliser » les dotations allouées à certaines missions d'intérêt général qui s'y prêtent : au lieu de reconduire les budgets historiques sans connaissance des coûts, il s'agit de mettre en place un calcul fondé sur des critères objectifs d'activité, de moyens et/ou de résultats<sup>69</sup>. Le système a été mis en place notamment pour les MERRI et la MIG 'précarité' en 2011, et a été étendu à plusieurs autres MIG.

Cette démarche de rationalisation a l'avantage d'interroger continuellement la pertinence du maintien d'un financement par dotation ou d'un basculement éventuel vers une prise en charge par les tarifs. Comme indiqué par le rapporteur spécial au Sénat, « cette modélisation obéit globalement à deux types de logique » et se construit alternativement sur deux bases possibles : « un référentiel standard d'activité, soit un financement fondé à la fois sur l'estimation du coût des moyens, principalement en personnel, structurellement nécessaires à la mise en œuvre de la mission et sur les données réelles d'activité » ; « une appréciation des surcoûts, soit des dépenses non prises en compte par les tarifs, supportées par des établissements qui font face à une contrainte forte liée à une politique de santé publique. Cette estimation résulte de la mise en œuvre de plusieurs indicateurs ou « marqueurs », d'enquêtes statistiques et de concertations avec les professionnels »<sup>70</sup>. Progressivement la modélisation avance, « élément nécessaire à la transparence, à l'équité et à l'homogénéité de l'allocation de ces moyens » et qui « doit, en outre, favoriser la contractualisation entre les ARS et les établissements de santé et, par là-même, le contrôle des agences sur ces dotations »<sup>71</sup>. En

<sup>67</sup> DGOS, Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général, Version 1, 1<sup>er</sup> décembre 2012, p.8.

<sup>68</sup> IGF-IGAS, Rapport d'enquête sur le pilotage des dépenses hospitalières, juillet 2005.

<sup>69</sup> Le guide fournit une fiche par MIG, précisant sa définition, son périmètre, les critères d'éligibilité, les principes à adopter pour sa valorisation et sa contractualisation (critères de compensation), les indicateurs de suivi. Dans de nombreux cas, un modèle économique de valorisation est proposé. Il existe deux grandes catégories de MIG en termes de modalités de calcul et d'attribution : les MIG dont les crédits sont calculés et fléchés en direction d'un établissement par le niveau national et les MIG (incluant celles transférées au FIR) dont les crédits sont délégués aux ARS selon des modalités calculées par le niveau national.

<sup>70</sup> J.-J. JEGOU, *Les MIGAC : un enjeu à la croisée des réformes du secteur hospitalier*, préc. p.40.

<sup>71</sup> Ibid.

2014, deux MIG ont été nouvellement modélisées, la MIG « SAMU » et la MIG « Lactarium»<sup>72</sup>.

On le perçoit, cette recherche à tous niveaux de la rigueur budgétaire et de la rationalité économique n'est pas neutre sur le plan politique. Et parler des coûts, question de marge, nous ramène au cœur de la politique de santé<sup>73</sup>. Entre l'ouverture accrue aux dynamiques de marché et la tentation d'un repli sur un SPH obsidional, il y a place pour une conception et un régime des missions hospitalières servant l'IG dans l'esprit et la lettre, et ce, dans le respect des grands équilibres financiers et de strictes règles d'évaluation et de contrôle. Encore faut-il être certain des maîtres que l'on sert et clairvoyant sur le sens politique et économique des choix opérés. Question éternelle adressée aux gouvernants.

---

<sup>72</sup> Annexe IV, Circulaire N° DGOS/R1/2014/99 du 31 mars 2014 *relative à la campagne tarifaire 2014 des établissements de santé.*

<sup>73</sup> Mais pour reprendre la fameuse formule de Jean-Luc Godard, n'est-ce pas « la marge qui tient la page » ?.