

La tarification à l'activité : son impact en termes organisationnels

François MADELMONT *

La tarification à l'activité est désormais mise en œuvre au sein de l'ensemble des établissements de soins, qu'ils appartiennent au secteur privé à but lucratif, au secteur public ou encore qu'ils soient de droit privé à but non lucratif (PSPH).

La mise en place progressive de ce dispositif dans le secteur anciennement financé par dotation globale induit, bien entendu, une évolution pratique au niveau budgétaire mais génère surtout une évolution culturelle profonde : l'activité développée par les structures devient une importante source de recettes. Auparavant, celle-ci ne constituait qu'un facteur de dépenses supplémentaires sans influence sur la facturation, en respect même du principe de financement forfaitaire. Pour autant, la notion de rentabilité du publique, si l'on tient à utiliser ce terme, n'a de sens qu'avec celle d'équilibre budgétaire.

Cette mise en place, non moins progressive mais de nature plus essentiellement technique, dans le secteur privé lucratif apporte globalement moins de conséquence sur la gestion des structures qui ont déjà intégré la recherche d'organisations performantes ; en d'autres termes, l'externalisation des prestations autres que médicales et chirurgicales étant très majoritairement de rigueur, l'objectif du gestionnaire restera d'obtenir la meilleure qualité de prestation au meilleur coût de production. La rentabilité s'analyse alors en termes de coût de production inférieur au tarif retenu.

Ce changement culturel à conduire très rapidement et en profondeur touche tous les secteurs d'activité des établissements et son impact est particulièrement sensible au sein des structures publiques. Des synergies opérationnelles doivent obligatoirement se créer au sein même des hôpitaux alors que, schématiquement, le financement durant 20 années à partir de recettes forfaitaires a plutôt engendré un repli des services sur eux-mêmes dans l'espoir de préserver les acquis. En fait et à l'inverse de l'effet recherché par les Pouvoirs Publics, ce repli, en impliquant une dispersion des recettes budgétaires, n'a pas permis de doter les hôpitaux de la plus-value qu'apporte la mise en commun de moyens matériels ou humains au bénéfice tant des malades que des prises en charge thérapeutiques.

Ainsi, la réforme du financement engagée en 2004 impose la coopération des services cliniques entre eux (création de pôles), induit une approche clients-fournisseurs entre prescripteurs et plateau technique (valorisation du rôle des prestataires de services), fait s'imbriquer démarche thérapeutique et analyse des coûts de production (contrôle de gestion médicalisé), donc calcul des coûts globaux de la prise en charge du malade. Cette approche médico-économique (et il s'agit bien d'abord de médecine puis de recherche du meilleur coût) ne peut devenir effective que si, par ailleurs, se rencontrent des composantes parfois éloignées que sont les médecins, les soignants et les gestionnaires (contractualisation interne).

Un tour d'horizon des nouvelles relations à instaurer entre les acteurs hospitaliers sera donc réalisé, notamment avec une approche axée sur l'utilisation du calcul de coût de production (comptabilité analytique) du plateau technique. Globalement, un contrôle de gestion médicalisé non utilisé au niveau opérationnel s'avère totalement inutile.

En ayant pour objectif de vérifier la pertinence des organisations « historiques », on cherchera à confectionner des contrats de gestion interne, notamment après avoir réalisé la comparaison des coûts de production de l'établissement à ceux des autres établissements constituant les bases de référence disponibles (bases dite d'Angers et de l'Etude Nationale de Coûts).