

Inspirându-se din DRG-urile americane, PMSI a dezvoltat categorii combinând limbajul medical cu problemele costurilor economice : grupele omogene de bolnavi (GHM), care identifică diversele prestații de îngrijiri furnizate aceluiași profil de pacienți, au fost urmate de grupele omogene de spitalizări (GHS). Aceste categorii standardizate sunt construite pentru a fi omogene atât din punct de vedere medical, în funcție de patologii sau clase de patologii, cât și din punct de vedere economic, în funcție de resursele mobilizate. Informațiile referitoare la spitalizarea pacientului provenite de la diversele servicii de îngrijire sunt cumulate în cadrul unor rezumate de externare standardizate (RSS), care datează din 1989, și apoi clasate într-un GHM căruia i se afectează un tarif, GHS. Definite în avans – de aici numele de plăți prospective –, prețurile GHM/GHS sunt fixate în Franța la nivel național. Grație acestei munci de împărțire pe categorii, PMSI furnizează un set de informații care permit spitalelor să-și evalueze producția medicală, adică să aibă o analiză medico-economică a activității lor.

Etape de experimentare a PMSI (numit pe atunci de unii actori „micul detaliu neimportant”), între 1983 și 1989, trebuia să fie urmată de o etapă de instituționalizare și de utilizare (Engel *et alii*, 2000). După o serie de amânări, finalitățile instrumentului aveau să fie redefinite de puterea centrală. De la instrument de gestiune internă al spitalelor, PMSI avea să treacă la o utilizare bugetară care să permită clarificarea alocării de resurse pentru tutelă și corelarea alocărilor globale ale unităților cu alocările teoretice, calculate pe baza PMSI (Pierru, 2009 ; Gay, 2011).

Promovarea PMSI a fost făcută posibilă prin crearea unui anumit număr de dispozitive și de actori specifici, precum păstrarea obligatorie a rezumatelor de externare standardizate (RSS) de către unitățile participante la serviciul public spitalicesc începând cu 1989, dar și implementarea departamentelor de informații medicale (DIM) conduse de un medic, medicul DIM¹. Constituirea în 1992 a scalei naționale a costurilor per spitalizare (ENC)², care calculează costurile medii pentru fiecare GHM cu ajutorul unui indice sintetic de activitate (punctul ISA)³, va furniza instrumentul care autorizează trecerea PMSI către o logică bugetară. Crearea unei echivalențe a actelor medicale printr-o unitate de valoare comună, punctele ISA, permite traducerea acestora în limbajul economic și de gestiune, costurile de producție ale unităților putând fi evaluate plecând de la acest indice.

1. Circulara DH/PMSI nr. 303 din 24 iulie 1989 referitoare la generalizarea programului de medicalizare a sistemelor de informații (PMSI) și la organizarea informațiilor medicale în spitalele publice (BOMS, r89/46).
2. ENC, ulterior ENCC, sunt anchete permanente care servesc la determinarea tarifelor în funcție de costurile de producție. Sunt realizate de agenția tehnică de informații asupra spitalizării (*agence technique de l'information sur l'hospitalisation*, ATIH).
3. O valoare economică relativă de 1 000 de puncte ISA este astfel atribuită GHM nr. 540, „naștere naturală fără complicații”, care servește drept referință pentru calculul numărului de puncte ISA atribuite altor GHM-uri.

ENC va fi utilizată mai întâi pentru a permite reechilibrarea resurselor în funcție de activitatea medicală, în scopul de a corecta inegalitățile de alocare bugetară între regiuni sau între unitățile spitalicești. Însă informațiile furnizate de PMSI nu vor fi decât un element utilizat mai mult sau mai puțin sistematic în argumente cu prilejul negocierilor de alocare bugetară între spitale și tutelele lor, în cadrul unei reglementări prudente (Engel *et alii*, 2000). Agențiile regionale de spitalizare, create în 1996, nu corectează decât parțial inegalitățile de alocare între unități.

1.3. Adoptarea T2A: o etapă decisivă

Orientarea către o logică bugetară avea să cunoască o etapă decisivă odată cu adoptarea T2A. Trecerea de la PMSI, instrument de gestiune utilizat în mod prudent și negociat de tutelă pentru a corecta inegalitățile, la T2A la începutul anilor 2000 este considerată o mutație către o logică de piață (vezi chenarul 1). Ea corespunde unei reveniri la originile sale americane, adică la promovarea modelului spitalului-întreprindere și a concurenței (Pierru, 2009). După cum subliniază discursul critic al unui medic DIM, „*totul s-a stricat din momentul în care am început să folosim acest instrument, care trebuia să fie unul de reechilibrare constantă a resurselor, ca pe un instrument de reglementare exclusiv politic, cu o ambivalență majoră în ceea ce privește privatul, deoarece s-a încercat convingerea tuturor că aceste două mari grupuri de instituții pot converge, ceea ce este o mare înșelăciune*” (DIM/CME, CH-RP1).

CHENARUL 1. DE LA ALOCAREA GLOBALĂ LA T2A, CĂTRE O LOGICĂ A PIEȚEI?

„Sunt de părere că alocarea globală, ponderată și clarificată de PMSI, prezenta numeroase avantaje; în primul rând, era un instrument extraordinar pentru a realiza politici publice, «decid că un spital justifică să i se atribuie atât», și nu suntem într-un sistem unde trebuie să justificăm prin activitate, deoarece este o alegere de politică publică și PMSI permite verificarea activității, pentru a vedea dacă există anomalii și a le explica; și cred că, fiindcă la un moment dat nu am avut curajul politic de a utiliza inteligent aceste două instrumente, am trecut la un sistem complet deschis, mecanicist și care produce daune considerabile, deoarece ne situăm într-o logică a pieței și piața nu s-a preocupat niciodată de bunurile publice, nefiind făcută pentru asta. De altfel este evident, iar aici cred că T2A va răspunde pentru logica sa mecanicistă cu închideri de activități pe sectoare, plecări ale medicilor, închideri de spitale, deoarece e o logică de piață. Oare logica pieței corespunde unei logici de interes general? Rămâne de dovedit.”

(DRH, CH-A)

Această reorientare a acțiunii publice este legată de limitele cu care s-au confruntat reglementările anterioare, ca și de voința politică puternică a lui Jean-François

Mattei, ministrul de atunci. Ea este făcută posibilă de elaborarea unui acord sectorial fragil, care reunește actorii publici și privați în jurul unor noi reguli de finanțare, cu implementarea unei misiuni de experimentare a tarifării per patologie (METAP) în anul 2000 (Gay, 2011). Această misiune vizează dezvoltarea unui nou sistem de finanțare bazat pe activitatea unităților publice și private și reglementat de o concurență prin comparație grație stabilirii unui tarif comun pentru GHM-uri identice (Marrot și Gilardi, 2002). Pe de altă parte, în 2002 este creată o misiune operațională pentru experimentarea și implementarea T2A. Planul Spital 2007, lansat în 2003 de Jean-François Mattei, care introduce T2A în sectoarele public și privat, se bazează pe recomandările acestor misiuni și pe expertiza tehnică elaborată pe baza lor.

Introducerea T2A în Franța a avut loc târziu în comparație cu alte țări: „*Cred că eram aproape ultima țară din Europa care nu adoptase T2A*” (director general, CHU-A). Acest transfer de la un context național la altul nu se reduce la simpla adoptare a unei inovații, deoarece se corelează cu adaptarea, la un context diferit, ceea ce presupune traducerea¹ sa. Mai mulți autori au reconstituit condițiile de introducere a acestei inovații manageriale (Kimberly și de Pouvourville, 1993). În acest cadru de analiză, se pune adesea problema diferențelor între modelul inițial (DRG) și aplicarea acestuia în Franța, unde constrângerea bugetară globală și planificarea ofertei limitează autonomia unităților spitalicești (de Pouvourville, 2009), dar și problema condițiilor și limitelor în modul de funcționare în funcție de țări (Or și Renaud, 2009; Pierru, 2009). Cazul francez se distinge prin existența unui plătitor unic (stat/asigurare medicală) și implementarea unui tarif unic în teritoriu, cu o reglementare macroeconomică a cheltuielilor spitalicești, care ține cont de diferențele dintre sectorul public și sectorul privat.

Introducerea recentă a unor reglementări economice precum T2A, care s-au adăugat controlului contabil al cheltuielilor, a condus la o perspectivă dublă. Prima vizează regăsirea forței istorice a unui instrument de gestiune inovator (Gay, 2011), care modifică progresiv un model francez tradițional de reglementare a sistemului de îngrijiri marcat de instabilitatea regulilor de finanțare a unităților de sănătate, corelat cu o stabilitate a sistemului de prețuri, tarife și rambursări (Elbaum, 2010). A doua se referă la condițiile de difuzare și de aplicare a modelului întreprinderii și a guvernantei sale (*corporatization*) în spitalele din Franța sau din alte țări din OCDE în cadrul unei etatizări liberale (Barbier și Théret, 2009). Traducerea franceză a instrumentului american a cunoscut o dezvoltare extrem de sinuoasă, cu finalități redefinite de mai multe ori de-a lungul timpului, și s-a stabilizat în

1. Acest exemplu de importare a unei inovații poate fi analizat în detaliu din perspectiva sociologiei traducerii (Akrich, Callon și Latour, 2006). Aceasta, spre deosebire de sociologia difuzării care se interesează de difuzarea unor inovații intangibile, subliniază faptul că, în timpul procesului de inovare, inovația nu este adoptată așa cum este, ci trebuie tradusă pentru a se adapta unei varietăți de contexte: „Adoptarea presupune adaptarea”.

final în versiunea restrânsă din 2004, ca instrument de finanțare a îngrijirilor de scurtă durată (Pierru, 2009). Însă greșa poate fi oricând respinsă, din cauza diferenței dintre sistemele de sănătate american și francez.

2. Obiectivele și implementarea reformei

T2A este deci reformularea sau reorientarea unei inovații care o precedă și al cărei uzaj a fost modificat de mai multe ori, PMSI. În calitate de instrument de gestiune, ea are un impact puternic asupra dezvoltării de instrumente de pilotaj medico-economic (control de gestiune, tablouri de bord, indicatori etc.), adică asupra inovației instrumentale (Moisdon și Pépin, 2010).

Pe de altă parte, în calitate de reformă, T2A se prezintă ca o schimbare radicală față de sistemul anterior, cel al bugetului sau al alocării globale (DG), discreditat de absența încurajării unei ameliorări a abordării pacientului, de inechitatea alocării bugetare, fixată pe o bază istorică, și de încurajarea surplusului de rentabilitate (Crémieux și Deugnier, 2007). Acest sistem era considerat inechitabil, așa cum subliniază și directorul de resurse umane al unui CHU : *„Ne-am plâns mult de alocarea globală deoarece era un sistem în care săracii rămâneau săraci, iar bogații rămâneau bogați, ceea ce nu este corect. Sistemul T2A are totuși meritul de a-i valoriza pe cei care fac efortul de a medita asupra propriilor practici și de a le reorganiza”* (DRH, CHU-B).

Inovația reprezentată de reforma T2A nu trebuie deci privită izolat, ci în cadrul succesiunii sistemelor de finanțare, după cum afirmă directorul aceluiași CHU : *„Bugetul global era un sistem greșit, însă necesar la un moment dat pentru a stopa un sistem inflaționist [prețurile pe zile], acesta [T2A] nu este un sistem foarte bun, însă a permis corectarea anumitor lucruri”* (director general, CHU-B).

2.1. Obiectivele reformei

Principiul de bază al T2A – remunerarea unităților spitalicești în funcție de activitate – face legătura între finanțarea îngrijirilor spitalicești și producerea acestora, ceea ce corespunde unei medicalizări a finanțărilor. În acest sens, reforma determină schimbări de fond în reprezentarea medico-economică a activității medicale : *„Primul aspect este că, odată cu T2A, nu mai cheltuim, ci producem bogăție. Pentru multe echipe medicale, este o schimbare de paradigmă foarte importantă. Este un lucru valorizant și foarte important, chiar și pentru cei care nu au activități tarificate prin T2A. Al doilea aspect care a schimbat totul, abordat deseori de către medici, este contabilitatea analitică. Putem vorbi acum de istoricul bolnavului pe baza unor elemente de contabilitate analitică. Vorbim de bani, dar, vorbind de bani, vorbim de bolnav, iar asta e o schimbare foarte pozitivă”* (director general, CHU-B).

Mecanismul T2A este construit pentru a fi echitabil în sensul că resursele se bazează pe criterii obiective și identice între unitățile spitalicești, GHM/GHS, care identifică diferitele prestări de îngrijiri pentru un anumit profil de pacienți. Pentru prestații identice, aceleași tarife, fixate la nivel național și în avans, remunerează toți furnizorii de îngrijiri. Însă echitatea T2A presupune calitatea și omogenitatea descrierii clinice a pacienților și a prestațiilor oferite prin intermediul clasificării activității în grupuri tarifare. Ea depinde și de contextul local al unităților spitalicești, situația de precaritate a populațiilor îngrijite putând duce, de exemplu, la spitalizări mai lungi și deci mai costisitoare pentru patologii similare.

Plecând de la un instrument de măsurare a activității, T2A ar trebui să favorizeze creșterile de productivitate grație introducerii unui mecanism de concurență prin comparație, într-un context în care presiunile concurențiale erau inexistente. Acest mecanism incită unitățile spitalicești să-și dezvolte activitatea, să-și reducă costurile și să-și utilizeze mijloacele într-un mod mai eficient. Le determină să se restructureze, specializându-se pe segmente unde dispun de un avantaj comparativ, diversele specialități medicale trebuind să atingă un volum de activitate suficient pentru a fi rentabile. Acționând în sens invers, planificarea poate impune unităților spitalicești menținerea unor activități pentru a garanta proximitatea accesului la îngrijiri pe întreg teritoriul.

Însă concurența nu este în sine o garanție de eficacitate pe o piață specifică, sănătatea, unde, din cauza asimetriilor de informare între cei care oferă îngrijiri și pacienți, aceștia din urmă pot considera că cel mai scump este și cel mai bun, aspect considerat inflaționist. T2A poate astfel determina înmulțirea necugetată a actelor medicale, după cum afirmă o doamnă președinte de CME: *„Această T2A poate și să te împingă la încălcarea moralei sau a legii, te poate incita la realizarea unor intervenții, a unor acte medicale, nu e deloc simplu”* (președinte de CME, CHU-RP1). Totuși, prin stimularea activității spitalicești, T2A ar trebui să permită să se răspundă mai bine nevoilor de sănătate și să ducă la reducerea timpului de așteptare, mai ales în cazul chirurgiei planificate.

Pentru a evita efectele inflaționiste, incitarea la producerea de bunuri de sănătate este contrabalansată de un mecanism de control macroeconomic care vizează regularizarea între prețul și volumul acestora. În Franța, controlul global al cheltuielilor spitalicești este asigurat printr-un obiectiv național, ONDAM, al cărui scop este limitarea cheltuielilor. Acest mecanism prevede o scădere a tarifelor în caz de creștere a volumului activității spitalicești globale, și nu în funcție de evoluția activității fiecărei unități spitalicești. Acest dispozitiv, specific Franței, conduce la evoluții imprevizibile ale pieței și la un sistem considerat opac pentru spitale, un spital putând fi sancționat în finanțare din cauza deciziilor strategice de producție ale celorlalte spitale (Or și Renaud, 2009).

Introducerea T2A, care nu a privit la început decât activitățile de durată scurtă, adică de medicină internă, chirurgie și obstetrică (MCO), a transformat în profunzime modul de finanțare al activităților spitalicești, în special al celor din sectorul

public, finanțate înainte prin alocare globală (ex-DG), T2A fiind de aceea implementată progresiv între 2004 și 2008. Pentru clinicile private care erau înainte sub obiectivul cuantificat național de cheltuieli (OQN), introducerea T2A s-a făcut direct în proporție de 100% începând cu 2005, ținând cont de faptul că finanțarea includea deja o parte a plății actului medical. În ambele sectoare, impactul T2A a fost atenuat prin aplicarea unui coeficient de tranziție, în timp ce tarifelor naționale li se aplică coeficienții de corectare specifici, mai ales pentru a ține cont de supracosturile legate de implantările în Île-de-France¹ sau în departamentele și teritoriile franceze de peste mări.

Însă venitul spitalicesc corespunde în realitate unei tarifări mixte, deoarece nu este determinat doar de finanțările legate de activitate. Acestea reprezentau doar puțin peste jumătate din încasările unităților spitalicești din sectorul public ex-DG în 2008 și 56% pentru clinicile ex-OQN în 2007 (Coulomb, 2009). Ca și în alte țări care au adoptat sisteme similare, legiuitorul a prevăzut să integreze în reforma T2A surse de finanțare complementare, pentru a compensa costul unor misiuni care nu trebuie să depindă de variațiile activității. Vorbim în special de misiuni de interes general (MIG) (de exemplu, pentru finanțarea serviciilor de urgență precum SAMU sau SMUR), misiuni didactice și de cercetare (MERRI) și, în fine, MIGAC. Acestea din urmă corespund ajutoarelor pentru contractualizare, destinate finanțării contractelor multianuale de obiective și de mijloace semnate de unitățile spitalicești cu ARH pe baza unor priorități de sănătate publică, în scopul de a compensa parțial supracosturile legate de precaritate și de dificultățile de acces la îngrijire.

2.2. Efectele de temut

Decalajul de 20 de ani între introducerea sistemelor de tip T2A în Statele Unite și în Franța a permis inventarierea mai multor efecte negative, semnalate de literatura din domeniu și considerate adesea schimbări strategice ale spitalelor și medicilor : scăderea duratei de spitalizare, supracodajul diagnosticelor pacientului, selecția pacienților, selecția procedurilor și specializarea spitalelor în activități lucrative, selecția medicilor care consumă puține resurse, transferul pacienților către structuri din afara sistemului de plată în avans (centre de chirurgie în ambulatoriu, externalizarea activităților de radiologie etc.) sau transferul mai rapid al pacienților către structuri cu spitalizări pe termen mediu sau lung (Crainich, Leleu și Mauleon, 2009). Literatura internațională în domeniu ne ajută să distingem între riscurile la nivelul calității îngrijirilor și riscurile la nivelul controlului cheltuielilor, unitățile spitalicești fiind incitate să-și sporească activitatea inducând cererea de îngrijiri medicale (Or și Renaud, 2009). Existența unei oferte de îngrijiri mai reglementată în Franța, cu un sistem universal de acoperire a riscului de boală, ar limita unele

1. Regiunea pariziană, cuprinzând Parisul și departamentele limitrofe.