

LE MESSAGE DU PRÉSIDENT

L'Assemblée Générale du 7 mars a inauguré une formule qui, je l'espère, a rencontré votre agrément, en associant l'utile- la tenue d'une table ronde sur un sujet d'actualité- à l'agréable- du moins pour l'équipe du CES, à savoir une large approbation des membres du CES aux projets en cours et à la gestion de l'association. Je tiens à remercier les membres de la Mission Tarification à l'Activité, les représentants de la DREES et les participants à la table ronde pour cet après-midi très instructif. Par ailleurs, un principe très important a été affirmé et il sera mis en œuvre : la gestion du CES est transparente, vous êtes en droit de nous demander des comptes. Vous avez pu constater in vivo que nous étions prêts à répondre sans détour à toutes les questions.

Nous avons pu également voir à l'œuvre une valeur importante du CES : certes, le statut d'une association est le texte fondateur qui régit les rapports des membres entre eux et fixe les modalités de sa gouvernance, et ces règles communément acceptées s'imposent à nous. C'est pour cela que l'assemblée générale doit débattre ouvertement de tout changement de ce statut. Mais ces débats et les discussions sur les modifications de statuts peuvent se faire dans un climat qui part d'un a priori de confiance, où les comportements stratégiques sont seconds par rapport à l'exercice d'une controverse ouverte et le souci de régler sans excès de juridisme des problèmes simples. C'est cet esprit qui a inspiré les fondateurs de Collège, et j'espère qu'il va perdurer.

Gérard de POUVOURVILLE
Directeur de recherche CNRS
CREGAS – Unité INSERM U537

ÉDITORIAL : LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ À L'HÔPITAL : ENJEUX ET ÉCUEILS

Parmi les projets annoncés par M. Mattéi, Ministre de la Santé, et déjà mis en œuvre, la Tarification à l'Activité des établissements publics et privés est sans doute l'un de ceux qui intéressent le plus les économistes, puisqu'il touche aux modalités de financement de la production des soins.

Ce projet porte en lui plusieurs objectifs, et vise à remédier au système de financement actuel, jugé peu équitable et faiblement incitatif à l'efficacité. Malgré l'introduction dans le secteur public d'une modulation des budgets prospectifs par le niveau relatif des coûts par Groupe Homogène de Malade tant au niveau régional que celui des établissements, la règle du jeu dominante n'en reste pas moins celle du budget global. Un établissement qui verrait son activité augmenter, soit pour des raisons exogènes (pression démographique) ou endogènes (développement d'une offre attractive de services) ne peut financer ce développement que s'il réduit ses coûts unitaires, ou que s'il abandonne des activités pour lesquelles il n'est pas performant en termes de coûts, ou qu'il juge moins attractives. Certes, en augmentant son activité, il a une petite chance de faire baisser le coût de son point ISA, mais la récompense liée à cette baisse est chiche et variable suivant les régions. Un hôpital privé à but lucratif peut quant à lui, augmenter ses recettes en augmentant son activité, mais doit s'engager dans une course de vitesse et de compétitivité avec les autres établissements pour ne pas pâtir du mécanisme de prix flottant introduit par la politique de l'Objectif Quantifié National. Cela dit, ce mécanisme a eu des effets réels de restructuration du secteur

privé, alors que les restructurations dans le secteur public se font au rythme plus lent de la planification sanitaire et des négociations politiques au cas par cas. Enfin, on est loin d'un modèle de concurrence par comparaison entre les deux secteurs.

Quelles réponses pourrait apporter la Tarification à l'Activité (T2A) à ces inconvénients ? Elle s'affiche en premier lieu comme une étape supplémentaire vers l'harmonisation des modes de financement du public et du privé, puisque pour l'activité d'hospitalisation de court séjour et les soins externes hospitaliers, ce serait les mêmes outils qui serviraient de base tarifaire : la Classification Commune des Actes Médicaux pour les activités externes, payées à l'acte, la classification des GHM pour les activités d'hospitalisation complète et de jour. Certes, il n'est toujours pas prévu d'inclure les honoraires médicaux dans la rémunération du secteur privé, mais ceci paraît politiquement réaliste. En deuxième lieu, elle introduit une nouveauté majeure par rapport au financement dit "à la pathologie", tel qu'on en entend parler depuis plusieurs années, et qui se réduit essentiellement à la fixation d'un tarif prospectif forfaitaire au cas, par GHM. En effet, la T2A reconnaît très clairement que la production hospitalière est hétérogène, d'une part, que les établissements ne font pas face aux mêmes contraintes de services public, d'autre part, enfin, qu'ils fonctionnent dans des environnements de clientèle différents. Cela veut dire que le paiement prospectif au cas ne peut pas "marcher" pour tout, n'est pas pertinent pour tout. Un exemple : les missions de recherche et d'ensei-

nement des centres hospitalo-universitaires, financées principalement pour l'instant par le budget de l'assurance maladie sous la forme de subventions croisées invisibles. Admettons que l'on parvienne à objectiver la production liée à ces missions : peut-on imaginer qu'elles seraient finançables par des forfaits prospectifs d'opérations de recherche, fondés sur une observation des coûts relatifs de production des connaissances ? Enfin, elle offre aux gestionnaires hospitaliers une part de rêve : un hôpital qui marche, c'est un hôpital attractif, qui recrute, et qui augmente ses ressources précisément grâce à son succès auprès des patients.

Ce programme est évidemment séduisant. Pourtant, il y a comme d'habitude des épines à la rose. La classification des GHM en est une et de taille. Ceux qui la connaissent bien savent que les regroupements proposés sont loin d'être aussi homogènes que cela : il existe une forte variabilité des coûts, qui n'est pas seulement due à une variabilité des pratiques, mais de situations cliniques. Les médecins hospitaliers ont d'ailleurs encore beaucoup de mal à retrouver leur activité dans la classification. Résistance au contrôle externe ? Certes ; mais réalité observable qui conduit à beaucoup de prudence dans l'adoption d'un tarif unique au niveau national. Autrement dit, le si séduisant concept de paiement prospectif est bien loin d'être parfaitement opératoire, et peut générer autant de rentes de situation que d'injustices. Il est par ailleurs parfaitement inadapté pour des activités comme la réanimation ou les soins palliatifs et il faut rendre justice à la Mission PMSI d'avoir pressenti les problèmes liés à des activités spécifiques.

Tarif unique qui ne se justifie que sur la base d'un principe aujourd'hui : à service identique, mêmes ressources. Non seulement le service n'est pas réellement identique, mais de plus, on est encore loin de savoir objectiver la qualité des soins délivrés, on ne sait pas

sortir de l'équation bonne qualité = cher. Par ailleurs, si on savait le faire, quel redoutable casse-tête pour les pouvoirs publics : l'idéal n'est-il pas d'offrir une qualité identique sur tout le territoire ? Si la qualité coûte cher, ce qui reste à démontrer, cela ne doit-il pas conduire les pouvoirs publics à s'aligner sur les meilleurs, donc les plus chers ? Supposons l'inverse : le secteur privé lucratif est moins cher, mais il est d'aussi bonne qualité. Doit-on aligner les ressources du service public sur ceux du privé ? Je ne peux pas dans un éditorial m'étendre sur cette question de concurrence par la qualité, mais on doit garder à l'esprit deux faits : l'accréditation n'est qu'une condition nécessaire à la qualité, la technologie de mesure de la qualité des soins est autrement plus complexe que ce que laisse supposer la publication de palmarès annuels¹.

Autre épine : la régulation globale de l'activité hospitalière, pour maîtriser le volume de dépenses hospitalières au niveau national. Aux Etats-Unis, la mise en place d'un paiement prospectif au cas s'est faite en même temps que les assureurs adoptaient des méthodes de " managed care ", incluant notamment des mécanismes contraignants de régulation de l'accès aux soins hospitaliers. Les premiers HMO ont dû leur succès financier à une réduction drastique des recours à l'hospitalisation par rapport aux plans classiques. En France, où est l'opérateur qui est prêt à jouer ce rôle, en empêchant littéralement le recours à l'hôpital et en exigeant une diminution des durées de séjour ? Si l'accès à l'hôpital reste totalement libre, comme à l'heure actuelle, comment réguler la demande ? Enfin, pour réguler cette demande, cela exige d'organiser l'offre de soins en filière ou en réseaux, de façon à optimiser l'utilisation des ressources en jouant sur leur complémentarité. Ne serait-il pas possible, pour certains programmes de soins, de penser tout de suite à un vrai financement à la pathologie, un opérateur intégré ayant la responsabilité

de l'ensemble des services requis pour prendre en charge un problème de santé ?

Par ailleurs, les soins hospitaliers restent malgré tout des soins où l'accessibilité géographique est une dimension importante du service rendu, tant pour des raisons de qualité de service pour les usagers que pour des raisons relatives à la gestion des risques urgents. L'organisation spatiale de l'offre de soins hospitaliers ne peut pas être régulée par la concurrence par comparaison, ce qui implique nécessairement de tenir compte de ces dimensions dans la régulation de l'offre de soins. On attend donc de voir comment la T2A, qui prévoit explicitement cette question, va articuler les modes de financement à la planification régionale.

Une dernière remarque : récompenser les hôpitaux vertueux, c'est-à-dire dynamiques et peu coûteux, encourager les établissements chers mais dynamiques à réduire leurs coûts, sanctionner les établissements peu dynamiques, coûteux ou non, n'est possible que s'il y a vraiment flexibilité des ressources dans un établissement, sinon il n'y a pas de redéploiement possible. Entre-t-on dans une nouvelle ère de management public, avec une responsabilisation financière réelle des établissements publics de santé ?

Cet éditorial peut sembler trop critique : non, il ne faut pas renoncer à ce projet sous prétexte qu'il présente des difficultés majeures de mise en œuvre. Mais on pourra juger de ses effets à l'aune de la façon dont les quelques questions qui précèdent, liste non exhaustive, seront traitées.

Gérard de POUVOURVILLE

Directeur de recherche CNRS
CREGAS – Unité INSERM U537

¹ de Pouvourville G, Minvielle E. Measuring the quality of hospital care: the state of the art. What information should be made available to the public. *Id* : Measuring Up : Improving health system performance in OECD countries (P. Smith, Ed.). OECD Publications, Paris, 2002, chapter 12, pp. 251-275.

La tarification à l'activité : la procédure de la procédure

" Comment la fin justifierait-elle les moyens ? Il n'y a pas de fin, seulement des moyens à perpétuité, toujours de plus en plus machinés " René Char, L'âge cassant, J. Corti, ed., 1965.

Le vendredi 7 mars 2003 s'est tenu à l'initiative du CES, dans les locaux de l'Hôpital Saint Antoine, un séminaire consacré à la tarification à l'activité. Ce séminaire a regroupé, sous forme d'une table ronde composée d'experts venant d'horizons divers, des économistes théoriciens (D. Henriot et G. de Pourville), des personnes en charge du dossier à la DHOS (M. Aoustin) ou pour la DHOS (R. Cash) des membres de la DREES (F. Bousquet et D. Balsan), le Directeur de l'ARH des Pays de Loire (B. Péricard) et un PUPH de l'hôpital St Antoine (J.C. Petit).

Les échanges avec la salle, animés par G. de Pourville, ont permis de soulever nombre d'interrogations tant sur la procédure que sur ses attendus. L'objet de ce texte est d'esquisser de ce séminaire un compte rendu critique qui mêle aux informations sur le contenu de la réforme et aux débats qu'elle a suscités ce jour là, quelques réflexions personnelles. Pour ce faire, seront effleurés trois des principaux thèmes qui ont traversé les échanges. Tout d'abord seront évoquées les conditions (théoriques et concrètes) du passage de la " tarification à la pathologie ", notion jusqu'alors volontiers utilisée¹, à " la tarification à l'activité " (T2A). Ensuite, le contexte institutionnel de la réforme, et les discussions sur son caractère plus ou moins facilitateur, seront brièvement analysés. En guise de partie conclusive, j'évoquerai la question de l'usage de ce nouveau mode de financement. Au-delà, ou en deçà de ces trois enjeux, cet article a pour seule ambition de poursuivre le débat amorcé par les différents participants.

I/ La tarification à l'activité ; principes et mise en œuvre.

Les premières interventions ont porté sur les attendus et la procédure choisie pour mettre en mouvement la réforme. Sur ce premier point, il est nécessaire de retracer brièvement le schéma brossé par M. Aoustin et R. Cash. D'une part la T2A concernera l'ensemble des établissements MCO (privés et publics) et, d'autre part, après la période d'expérimentation (en cours dans 60 établissements et 6 ARH) ce nouveau mode de financement sera opérationnel dès janvier 2004. Sa montée en charge sera progressive jusqu'en 2007, date à laquelle le processus d'allocation des ressources sera

entièrement fondé sur les informations issues de la T2A. Entre 2004 et 2007, les établissements verront, à activité égale, leurs ressources " converger ". Pour réaliser cette convergence, des taux correcteurs individualisés ("bornés" ou non) seront calculés par comparaison à la moyenne des coûts ; ce principe sera appliqué pour les budgets 2005, selon une progression et un dosage avec les coûts " historiques " qui restent à déterminer.

La finalité de la T2A est double. D'une part il s'agit de mieux saisir la performance des établissements en prenant en compte les sources de la variation au sein et autour des GHM. D'autre part, la T2A vise à répartir les enveloppes de manière équitable. Dans ce but, la DHOS a mis en place 16 chantiers dont la logique vise à réduire l'hétérogénéité des actuels GHM tout en définissant les activités qui seront redevables d'une tarification spécifique (hors GHM). Parmi celles-ci certaines seront forfaitisées (on pense à la Recherche et, plus généralement aux " missions d'intérêt général " ²) d'autres pourraient être rémunérées " à l'acte ", d'autres enfin, pourraient relever d'un financement mixte. A l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays, ce pourrait être le mode envisagé pour les Urgences. Bien que nombre de questions soient encore en " chantier ", la direction est donc clairement affichée ; le changement est en route.

La pertinence de celui-ci n'a pas été remise en cause. Comme de nombreux intervenants l'ont déploré et comme le colloque de juin 2001 avait déjà permis de le pointer, le système actuel a fait long feu. Basé sur le PMSI utilisé à dose filée et des modalités de financement différentes pour le public et le privé, il n'a notamment pas permis d'accompagner les nécessaires recompositions ni de réduire les inégalités. Avec la T2A, (et la promesse qu'elle contient d'une rémunération juste et équitable car prospective) il faut donc se féliciter que le temps de " récompenser " les hôpitaux performants soit enfin advenu.

Mais l'incertitude plane encore sur deux ou trois éléments essentiels.

Tout d'abord, la part du budget et des ressources devant être fondée sur les informations tirées de la T2A et celle basée sur les tendances historiques ne sont pas fixées.

¹ Cf. le dossier spécial " La tarification à la pathologie, les leçons de l'expérience étrangère ", *Solidarité Santé*, HS, Juillet 2002, qui rend compte d'un colloque organisé en juin 2001 par la Drees et l'Iddep.

² Sous le vocable de " missions d'intérêt général " sont par exemple désignées, les activités de recherche et d'enseignement ou la prise en charge de la précarité.

Sur ce point, la table ronde a montré que, compte tenu de l'irréductible hétérogénéité des coûts, quels que soient les efforts des managers et des personnels, il était préférable, c'est-à-dire équitable, de faire en sorte qu'une partie significative des ressources soit attribuée en dehors des informations provenant de la T2A. En effet, comme l'a rappelé D. Henriot, la part irréductible de l'activité (observable ou non) qui ne pourra pas être prise en compte dans les tarifs ou les classifications devient une variable stratégique. Pour limiter les conséquences des comportements opportunistes, il faut donc d'abord en reconnaître l'existence, à défaut, l'ensemble du dispositif incitatif pourrait être mis en péril.

C'est pourquoi, l'enjeu conjoncturel pourrait se résumer en un arbitrage technique visant à déterminer l'ampleur optimale de la fourchette des taux correcteurs. Dans le moyen terme, il s'agirait d'établir, sur cette base, un compromis entre paiement prospectif et rétrospectif. Pour les promoteurs de la réforme, il est clair cependant que la manière dont sera tranché ce débat, d'apparence technique, est un test de la volonté réformatrice des protagonistes. De fait, la réforme et le calendrier qui lui est fixé, n'ont de sens que si l'objectif est l'effacement total du calcul rétrospectif et si les taux correcteurs autorisent une convergence rapide.

Dès lors, lié à ce premier enjeu, le mode de fixation des " prix " s'avère d'autant plus déterminant, que l'on a affaire à des prix fictifs. Il y a d'abord la dimension comptable et économique du problème. Elle contraint à expliciter le choix entre diverses options (coût moyen, coût médian, référence à une norme, coût marginal ou tarif, degré d'introduction de variables structurelles, etc.). Certes, ce choix doit conduire à utiliser le critère objectivement le plus efficace et le plus équitable. Mais, l'incertitude en la matière est grande, si bien que la procédure qui sera choisie pour parvenir à ce choix, ou les arguments avancés pour le justifier, importeront davantage que la pertinence théorique du critère finalement retenu.

Cette question, économique et politique, est d'autant plus cruciale que la concurrence par comparaison, qui est le socle théorique d'une procédure censée réaliser " naturellement " les ajustements micro et macro économiques, semble bien fragile³ lorsqu'on la réfère au contexte institutionnel français.

II/ Le contexte institutionnel de la réforme.

A propos du contexte de la réforme, deux considéra-

tions s'imposent. D'une part, le calendrier semble serré ; au point que la volonté d'atteindre trop vite au but pourrait mettre en danger la procédure. D'autre part, cette réforme n'apparaît pas sur un terrain vierge. Au contraire, l'une de ses justifications est l'essoufflement des outils de gestion et de régulation qui se sont mis en place depuis plus de vingt ans. Mais, quelle que soit la cadence de sa marche, la T2A devra composer avec d'autres évolutions, projets ou réformes plus ou moins volontaristes qui sont déjà en cours ou annoncés.

Ainsi, elle ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur la place du Plan " hôpital 2007 " et, notamment sur son volet concernant l'investissement. En effet, ce Plan est mis en place pour contrer la tendance gestionnaire qui conduit inévitablement (du fait de l'unité comptable) à privilégier l'activité au détriment de l'investissement.

Il va par ailleurs de soi que l'avenir des ARH (ARS or not ARS ?) et de leur niveau de collaboration avec les Conseils Régionaux, auront une incidence forte sur la nature et l'effectivité de la réforme de la tarification. On voit mal comment, en transformant les ARH, en redéfinissant leurs domaines de validité (médico-social, médecine ambulatoire, etc.), on ne modifierait pas en profondeur les contextes médicaux et organisationnels de la tarification elle-même. Sur ce registre, les interactions avec la réforme de la loi de 1975 ou celle de la PSD APA, qui s'appuie sur une réforme de la ... tarification, seront à manipuler avec précaution.

Que dire, par ailleurs, des liens avec l'Accréditation, dont la Cour des Comptes a récemment regretté la timidité, lorsque l'on sait que le défaut de la T2A réside dans l'incitation à améliorer la qualité ?

De même, le lien entre la fixation des " prix " et la très attendue refonte de la nomenclature des Actes devra être d'autant plus attentivement tissé que la T2A a vocation à couvrir les secteurs public et privé.

Enfin, mais la liste n'est pas close, un ensemble de " chantiers " pourraient être ouverts de façon tout aussi légitime que ceux en cours. A titre d'exemples, certains ont été évoqués dans le débat : honoraires des médecins – pour l'instant exclus du champ – ; prescriptions hospitalières de ville, activités externes ou en réseau, ré-hospitalisations, consultations publiques et privées. Pourtant toutes ces pratiques correspondent à la définition théorique et pragmatique des " chantiers ". Ce sont, en effet, autant de paramètres liés à la fois à l'hétérogénéité des GHM et à la place singulière de séjours hospitaliers de plus en plus brefs, au sein de filières de soins de plus en plus longues.

³ Tel le couteau sans lame dont on aurait égaré le manche, la concurrence est limitée, la comparaison difficile !

Sur ce point l'exposé de F. Bousquet et D. Balsan a montré que les caractéristiques structurelles des établissements pouvaient être repérées comme discriminantes, au delà des classifications administratives (CH, CHU, CLCC, etc.). C'est la raison pour laquelle ils concluent sur la possibilité de décliner la T2A par type d'établissement pour tenir compte de variables structurelles, en lien ou non avec la typologie traditionnelle.

Mais, plus généralement encore, la T2A repose sur une conception nouvelle des établissements de soins et notamment sur la reconnaissance de leur relative autonomie de décision en matière d'activités. Celle-ci est réelle dans le privé, mais n'est pas totalement absente du public. D'ailleurs, c'est à cette autonomie (rapidement érigée au rang de résistance au changement) que les tutelles regrettent de se heurter. Mais l'hôpital n'est pas une entité, si bien que les stratégies en la matière y sont polymorphes et inégalement maîtrisées par les "managers".

De plus, l'autonomie budgétaire des établissements, ou de toute configuration qui permettrait aux hôpitaux de récupérer tout ou partie des marges, n'est pas à l'ordre du jour. Elle est pourtant l'horizon théorique de la concurrence par comparaison. Le paradoxe est que, dans le cas français, cette autonomie n'est peut-être pas souhaitable. La plupart des acteurs hospitaliers s'accordent en tout cas pour prôner la nécessité de réguler, voire de planifier, les activités au niveau d'un bassin de soins (une Région ?) et non d'un établissement.

C'est ainsi que de la qualité de l'articulation entre les SROSS et la T2A dépendra la réussite même de la réforme.

Conclusion : des marges et des manœuvres.

En guise de remarques conclusives, il me semble nécessaire de revenir sur la question de la marge de manœuvre autour de l'outil technique en cours d'ex-

périmentation, et une fois celle-ci achevée. Deux interventions émanant de participants à la table ronde en charge de la mise en œuvre et de l'implantation de la réforme, le Pr Petit et Mr Péricard, ont confirmé que cette question était décisive.

Le premier a fait justement allusion aux motivations des personnels (par exemple au niveau des services) ; motivations sans lesquelles les incitations n'ont pas de réalité. L'hôpital peut en effet, dans certains cas, avoir "intérêt" à révéler les informations fiables et sincères sur son activité sans que les personnes en charge de coder les informations dans les services agissent en conséquence. Le second a plaidé pour un dispositif motivant, transparent, équitable, efficace, réactif et ... "rustique".

En effet, rustique, la T2A doit l'être ; d'abord pour que tous les acteurs puissent se l'approprier ; ensuite, pour que les négociations autour des budgets aient une place légitime reconnue par tous les protagonistes ; enfin, pour que cette marge de manœuvre ne soit pas comme arrachée à la technique comptable, cantonnée à ses marges ou dans ses interstices. Cette dernière configuration, on l'a vu à l'hôpital comme ailleurs, mène à l'arbitraire des arrangements opaques.

Une vision théorique aurait conduit à plaider pour un raffinement technique de l'outil dans le but de tendre asymptotiquement, chantier après chantier, vers les conditions hypothétiques de l'optimalité économique. Il s'agit, au contraire, de défendre l'existence d'une marge de manœuvre réelle et formelle.

Dès lors, introduire du jeu dans et autour de la tarification à l'activité, c'est reconnaître l'incertitude pour mieux combattre l'arbitraire.

Philippe MOSSÉ

Directeur de recherche CNRS
LEST – CNRS Aix-en-Provence

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Projet EURO NHEED

Le projet EURO NHEED – *European Network of Health Economics Evaluation Databases* – financé par la Commission Européenne, a démarré il y a quelques semaines avec la première réunion du comité de direction qui s'est tenue à Paris, le 6 février dernier.

A cette occasion, les 15 personnes, représentant les 7 centres européens associés pour ce projet, qui est coordonné par le Collège, ont débuté le travail de dévelop-

pement du réseau tant sur le plan logistique que scientifique.

Le calendrier de travail des prochains mois, l'organisation et la gestion du réseau, ainsi que les tâches à réaliser, ont été adoptés : harmonisation des guides méthodologiques des bases de données existantes et adoption d'un guide commun, réalisation d'un manuel d'utilisation du réseau, création d'un site internet présentant le projet et le réseau, 1er cycle de formation des chargés de recherche à York en juillet 2003...

3ème Conférence SEMINARIS

Vendredi 27 juin 2003 au CNAM

“Le champ de l’assurance obligatoire en santé”

Le Collège des Economistes de la Santé poursuit son programme de conférences consacrées à l’assurance en santé, intitulé Séminaire International sur l’Assurance et le Risque en Santé (SEMINARIS). Après les deux premières conférences de mars et novembre 2002, consacrées respectivement au risque moral et aux relations entre assureurs public et privé et professionnels de santé du secteur ambulatoire, la 3ème conférence se tiendra le vendredi 27 juin prochain à Paris au Conservatoire National des Arts et Métiers et

portera sur “ Le champ de l’assurance obligatoire en santé ”.

Vous recevrez très prochainement le programme de la journée et les bulletins d’inscription.

Colloque Franco-britannique

Du 14 au 16 janvier 2004, le Collège aura le plaisir d’accueillir les économistes de la santé britanniques à l’occasion d’un workshop organisé conjointement par le *Health Economists’ Study Group* et le CES. Nous espérons que les membres du Collège seront nombreux à nous faire parvenir une proposition de communication avant le 30 avril 2003 (voir appel à communications page suivante).

LA VIE DU COLLÈGE

Compte-rendu de l’Assemblée Générale du CES du 7 mars 2003

L’Assemblée Générale du Collège s’est tenue le 7 mars dernier à l’Hôpital Saint-Antoine et a réuni une cinquantaine de membres, qui ont pu assister au préalable à un séminaire consacré à “ La tarification à l’activité ”, qui a réuni une centaine de participants (voir éditorial et article précédents). Après un accueil par le Président Gérard de Pourville, les points suivants de l’ordre du jour ont été abordés :

- **Les rapports moral et financier pour 2002**

Les rapports moral et financier (voir courriers joints) de l’association ont été présentés par le Secrétaire Général. Ces deux rapports ont été approuvés à une très large majorité : 72 votes pour (dont 23 par procuration), 3 abstentions (dont 1 par procuration) et 0 contre.

- **Les propositions de modifications de statuts**

Les administrateurs ont souhaité soumettre au vote des membres lors de cette Assemblée Générale, une modification des statuts du Collège portant sur l’article 3 des statuts de l’association et concernant un nouveau statut de membre (Membre Centre de recherche).

Membre Centre de recherche

Statut ouvert aux centres de recherche affiliés à une université ou à une EPST, justifiant d’une activité de recherche significative en économie de la santé, sur la base des critères figurant dans les statuts de l’association concernant les membres individuels du CES.

Ce statut octroie les mêmes droits et devoirs que les autres statuts de personne morale (en particulier un droit de vote) et permet de bénéficier d’un tarif de cotisation préférentiel (correspondant à 40% de la cotisation membre institutionnel).

Après débat avec la salle sur ce nouveau statut et ses caractéristiques, le projet suivant de modification des

statuts a été adopté à la majorité des deux-tiers des votants comme le stipule les statuts de l’association : 72 votes pour (dont 23 par procuration), 2 abstentions (dont 1 par procuration) et 1 vote contre.

- **Les activités du Collège en 2003**

Voir documents joints à la Lettre.

- **Questions diverses**

Des questions ont été posées sur le fonctionnement de la base CODECS et du projet EURO NHEED. Suite à une proposition, le Président a indiqué que le Comité de Pilotage de CODECS serait amené à se réunir au moins une fois par an. Par ailleurs, suite aux avis du Conseil d’Administration du Collège et du Comité d’Orientation de CODECS, il a été décidé de maintenir l’anonymat des experts CODECS pour les commentaires des fiches.

Concernant le projet EURO NHEED, des précisions ont été apportées par le Président et le Secrétaire Général sur le fonctionnement du projet, son financement et son articulation avec la base CODECS. En particulier, conformément aux objectifs de départ le CES maintiendra la gratuité d’accès à la base CODECS et au réseau EURO NHEED.

La séance est levée par le Président vers 18h30.

Du côté des membres

Avec l’arrivée de plusieurs nouveaux membres depuis le mois de juin dernier (15 membres individuels, 2 membres institutionnels et 2 membres entreprises), notre association compte désormais plus de 220 membres. Cette nette progression rend donc nécessaire l’actualisation de l’annuaire.

Comme nous l’avons instauré depuis 1999, pour les années impaires, le Collège sortira en 2003 une version synthétique de l’annuaire des membres.

Les membres du CES recevront dans le courant du mois d’avril par e-mail et par courrier leur fiche à remplir pour l’annuaire. La parution est prévue pour juin 2003.

CES – HESG WORKSHOP 2004

PARIS - 14-16 janvier 2004

APPEL A COMMUNICATIONS

Le Health Economists' Study Group (HESG), l'association informelle des économistes de la santé britanniques, a souhaité organiser l'une de ses deux réunions annuelles, en partenariat avec le Collège, à Paris en janvier 2004.

Ce colloque franco-britannique, dont l'organisation sera assurée par le Collège, se déroulera sur le modèle du "workshop" scientifique et selon les règles de fonctionnement des réunions du HESG :

- chaque papier sera discuté entre 45 et 60 minutes,
- chaque papier fera l'objet d'une présentation par un discutant, l'auteur ne disposant que de quelques minutes pour réagir avant que le débat ne s'ouvre avec la salle,
- des sessions parallèles seront organisées par thème,
- une demi-journée sera consacrée à des sessions plénières.

Les communications dans tous les domaines de l'économie de la santé sont les bienvenues, notamment les travaux en cours, y compris ceux de jeunes chercheurs ou de doctorants. Certaines contributions pourraient porter sur des analyses comparatives des systèmes de santé français et britannique. Les articles déjà publiés ne seront pas acceptés.

Le colloque se déroulera exclusivement en anglais.

Calendrier

- . Appel à communications ouvert jusqu'au 30/04/2003
- . Acceptation des résumés : avant le 15/05/2003
- . Date limite d'envoi des articles sélectionnés : 15/09/2003
- . Début des inscriptions : 15/09/2003
- . Acceptation définitive des articles : avant le 15/10/2003
- . Date limite d'envoi des articles acceptés : 12/12/2003.
- . Date limite d'inscription au workshop : 31/12/2003.

Comité d'organisation

Président :

Gérard de POUVOURVILLE (CREGAS INSERM U537)

Co-ordinateurs de la conférence :

Philippe ULMANN (CES & CNAM)

David PARKIN (City University, London)

Membres du comité :

John APPLEBY (King's Fund, London)

Benoît DERVAUX (CRESGE - Univ. Catholique de Lille)

Nancy DEVLIN (City University, London)

Gérard DURU (Université Lyon I - Lyon)

Michel GRIGNON (CREDES)

Emile LÉVY (LEGOS – Univ. Paris IX - Dauphine)

Dominique POLTON (CREDES)

Recommandations

Chaque proposition devra se conformer aux recommandations aux auteurs :

- Les résumés doivent être soumis obligatoirement en anglais et éventuellement en français (les deux de préférence) et ne pas excéder 1 page (ou 500 mots),
- Aucun tableau, dessin ou graphique dans la proposition,
- Les résumés doivent présenter la problématique, les données et méthodes utilisées, les résultats et conclusions,
- Ne pas envoyer les résumés en document attaché mais inclure les éléments suivants dans votre message e-mail :
 - Titre, mots-clés (3 max.), texte du résumé (500 mots max.),
 - Présentation de l'auteur (nom, prénom, organisme d'affiliation, ville, code postal, pays, téléphone, fax, e-mail)
 - Co-auteurs (4 max.) avec nom, prénom et affiliation,
 - Thème(s) préféré(s) de rattachement pour votre contribution dans le programme.

Les propositions de communications doivent nous être parvenues avant le 30/04/2003 par e-mail de préférence.

Comité scientifique

John APPLEBY (King's Fund, London)

Gwyn BEVAN (CHI, London)

Stirling BRYAN (University of Birmingham)

Martine BUNGENER (CERMES)

Gérard de POUVOURVILLE (CREGAS-INSERM U537)

Benoît DERVAUX (CRESGE - Univ. Catholique de Lille)

Nancy DEVLIN (City University, London)

Jack DOWIE (LSHTM, London)

Gérard DURU (LASS - Université Lyon I)

Francis FAGNANI (CEMKA-EVAL)

Maryse GADREAU (LATEC – Univ. de Bourgogne)

Hugh GRAVELLE (University of York)

Michel GRIGNON (CREDES)

Pierre-Jean LANCRY (CNAMTS)

Claude LE PEN (LEGOS – Univ. Paris IX - Dauphine)

Emile LÉVY (LEGOS – Univ. Paris IX - Dauphine)

Chris McCABE (University of Sheffield)

Philippe MOSSÉ (LEST - Université Aix-Marseille)

Henry NOGUES (Université de Nantes)

David PARKIN (City University, London)

Dominique POLTON (CREDES)

Lise ROCHAIX (GREQAM – Univ. Aix-Marseille II)

Jean-Claude SAILLY (CRESGE - Un. Catholique de Lille)

Tony SCOTT (University of Aberdeen)

Richard SMITH (University of East Anglia, Norwich)

Jon SUSSEX (Office of Health Economics, London)

Rhiannon TUDOR-EDWARDS (Univ. of Wales, Bangor)



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES – 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.
Tél: 01-43-45-75-65, Fax : 01-43-45-75-67,

E-mail : CES2@wanadoo.fr

Site internet : <http://perso.wanadoo.fr/ces/>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Gérard de Pouvourville,
Secrétariat de rédaction : Julie Cardi, Philippe Ulmann.
Réalisation : Louyot.
Tirage : 600 exemplaires.