

Chapitre VII

La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

PRESENTATION

Dans les années 1990, le financement par dotation globale des hôpitaux publics n'avait pas induit les efforts de gestion et d'économie attendus, malgré les efforts entrepris de convergence inter et intrarégionales. Dès lors, l'introduction d'une tarification à l'activité (T2A) constituait un volet essentiel du plan hôpital 2007, à côté d'autres composantes comme la réforme de la gouvernance de l'hôpital public, avec la mise en place des pôles, ou la relance de l'investissement¹⁵⁶.

La T2A consiste en effet à répartir entre les établissements une enveloppe votée par le Parlement au sein de l'ONDAM, non plus en fonction de données historiques plus ou moins corrigées, mais compte tenu de l'activité réelle des établissements. La T2A est dès lors un révélateur des difficultés de certains d'entre eux et elle n'empêche pas l'apparition de déficits si l'établissement ne parvient pas à faire des progrès d'organisation et de fonctionnement¹⁵⁷.

Dans une précédente insertion consacrée « au pilotage de la politique hospitalière¹⁵⁸ », la Cour avait souligné que la T2A était devenue, dès sa première année de déploiement, « une donnée majeure de la gestion des établissements de santé », mais que sa finalisation prévue pour 2012 nécessitait d'importantes améliorations relatives à la définition même des tarifs et des missions d'intérêt général ainsi qu'un effort de clarification du scénario de convergence des tarifs entre secteurs public et privé¹⁵⁹.

Depuis lors, peu de travaux d'évaluation de la réforme ont été réalisés. A partir de l'information disponible, surabondante dans certains cas mais souvent imprécise ou inexacte, la Cour a cherché à dresser un bilan à mi-parcours de la mise en œuvre de la T2A au niveau national.

A ce stade, deux constats peuvent être faits : la T2A est devenue un dispositif opaque pour les gestionnaires (I) et la définition et le suivi des recettes des établissements sont insuffisants (II). Cela conduit à s'interroger sur les modalités d'évolution de la T2A pour que celle-ci apporte une contribution accrue à une meilleure gestion hospitalière (III).

156. Voir supra, respectivement aux chapitres V – L'organisation de l'hôpital p. 113 et VI – Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers p. 143.

157. Voir supra chapitre V - L'organisation de l'hôpital.

158. RALFSS de 2006, pages 153 à 202.

159. Le terme « public » désigne les établissements publics et privés à but non lucratif antérieurement financés par dotation globale (DG) mentionnés aux a, b, c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et le terme « privé » les établissements privés à but lucratif, mentionnés aux d et e du même article, antérieurement régulés par l'objectif quantifié national (OQN).

I - Un modèle opaque d'allocation de ressources

A – Un scénario cible dynamique

1 – Deux principes directeurs

La réforme T2A a été pensée autour de deux principes directeurs qui visaient principalement à favoriser une mutation du secteur public :

- dynamiser la gestion des établissements publics en substituant au financement par dotation instauré en 1983 des recettes issues de l'activité de soins produite. Ce principe s'est également traduit à partir de 2006 dans le volet budgétaire et comptable¹⁶⁰ du plan hôpital 2007 ;
- éliminer progressivement les disparités historiques de financement entre établissements, qu'ils soient publics ou privés, en faisant converger leurs tarifs pour appliquer un principe simple en apparence : à prestation identique, tarif identique.

2 – Une progressivité limitée à huit ans

Fruit d'une volonté politique forte, cette réforme majeure, adoptée en 2003, a été déployée dès 2005, alors que certains de ses volets :

- nécessitaient d'être plus clairement définis, en particulier le scénario de convergence entre secteurs public et privé ;
- restaient à construire, telles l'extension de la T2A aux disciplines de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR)¹⁶¹ ou la mise en place d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie dans les établissements publics ;
- exigeaient d'importants ajustements, signalés dès 2006 par la Cour et destinés principalement à mieux définir le contenu respectif des tarifs et des MIGAC.

Aussi la réforme T2A nécessitait-elle une mise en œuvre progressive dont le législateur a fixé le terme en 2012. Cette période de huit ans a également été jugée suffisante pour lisser les effets de revenu subis par les établissements en raison du processus de convergence tarifaire appliqué dès le début de la réforme, selon des modalités initialement distinctes entre secteurs public et privé.

¹⁶⁰. Mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et du nouveau plan comptable.

¹⁶¹. Ce chantier distinct, dont les travaux sont en cours, n'est pas analysé ici.

A l'horizon 2012, chaque établissement doit converger vers des tarifs nationaux, calculés à la moyenne nationale de son secteur. Dans cette opération, s'opère un transfert de ressources entre les établissements historiquement surdotés et ceux historiquement sous-dotés. Le montant du redéploiement a été évalué à 1,2 Md€ dans le secteur public et à 137 M€ dans le secteur privé. Etaient a priori perdants 43 % des établissements publics et 55 % des établissements privés¹⁶².

3 – Une dynamique d'optimisation de l'activité

La réforme a été présentée aux établissements, qu'ils soient « gagnants ou « perdants » à la T2A, comme un cadre propice à leur développement et à leur responsabilisation en tant qu'entreprises : gagner plus en produisant plus et en gérant mieux. Un meilleur positionnement sur le marché des soins hospitaliers et une organisation interne plus rationnelle devaient leur permettre d'augmenter leur volume d'activité à moyens constants et de réduire ainsi leurs coûts moyens unitaires de production.

Ce scénario d'optimisation de l'activité hospitalière, qui ne se conçoit raisonnablement que dans la durée, était forcément précédé d'une première phase génératrice de dépenses supplémentaires pour l'assurance maladie. En effet, la T2A avait pour première conséquence d'inciter les établissements à porter immédiatement leurs efforts sur le codage de leurs séjours¹⁶³, dont dépendaient désormais leurs recettes. Leur objectif était de tendre à une exhaustivité des codages (effet quantité) et à une optimisation de l'usage des règles de facturation (effet de structure).

De plus, l'activité hospitalière étant complexe, la tarifier a conduit à dessiner un système composite dans lequel les forfaits de séjour (GHS¹⁶⁴), socle dur du système, ont été complétés par de multiples éléments, rappelés dans l'encadré ci-dessous. Fin 2007, les GHS représentaient moins des deux tiers des dépenses d'AMO relatives à la T2A. L'éclatement de la T2A en de multiples composantes a augmenté le risque de croissance des dépenses, chacune de ces recettes étant susceptible de connaître une évolution à la hausse.

162. Par ailleurs, la dispersion initiale des établissements autour de la moyenne était plus importante dans le secteur public que dans le secteur privé.

163. Les caractéristiques administratives et médico-économiques de chaque séjour sont saisies dans des résumés de sortie standardisés (RSS) qui permettent ensuite de le rattacher à un groupe homogène de malades (GHM), grâce à un logiciel de groupage.

164. Les groupes homogènes de séjours (GHS) fixent les tarifs opposables (base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire -AMO-) des groupes homogènes de malades -GHM- : il s'agit donc de forfaits de séjour.

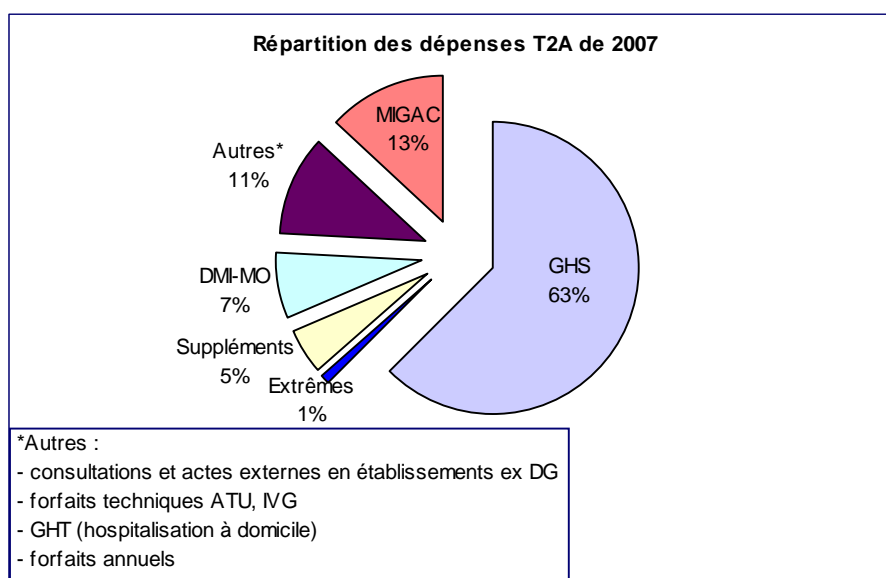
Rappel des composantes de la T2A

Les dépenses relatives à la T2A sont agrégées dans le premier sous-objectif hospitalier de l'ONDAM.

Ces dépenses T2A sont elles-mêmes réparties en deux blocs principaux, donnant lieu chaque année à la fixation par arrêté de deux objectifs de dépenses d'assurance maladie, communs aux secteurs public et privé. D'une part, l'objectif des dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (*ODMCO*) rassemble les financements rémunérant l'activité de soins. D'autre part, la dotation *MIGAC* finance les missions d'enseignement et de recherche (*MERRI*), les missions d'intérêt général (*MIG*) et l'aide à la contractualisation (*AC*).

Si les *MIGAC* ne sont financées que par dotation, l'*ODMCO* correspond à des modalités de financement plus variées. En sus des tarifs *GHS*, existent ainsi des tarifs spécifiques à certaines activités (comme l'hospitalisation à domicile ou la dialyse) des facturations selon une autre référence que les *GHM* (consultations et actes externes facturés selon la nomenclature), mais aussi des forfaits annuels, s'apparentant à des dotations (pour les urgences ou les greffes).

En outre, les tarifs *GHS*, qui ont vocation à rémunérer des séjours « tout compris », peuvent aussi être complétés par des « extrêmes » pour les séjours dont la durée est atypique, par des « suppléments journaliers » (de réanimation et de néonatalogie) et par la facturation, dite « en sus », de dispositifs médicaux implantables et de médicaments onéreux (*DMI-MO*) inscrits sur une liste fixée par arrêté et remboursés à 100 % par l'AMO.



Source : Cour

B – L'incidence des contraintes financières

La T2A a été introduite dans un contexte financier difficile, caractérisé par un effet de ciseaux, résultant de deux facteurs. Premièrement, au moment de son introduction, il a été décidé de freiner fortement la croissance de l'ONDAM, devenue difficilement soutenable. Deuxièmement, la relance de l'investissement hospitalier a eu pour effet d'accroître les charges de l'assurance maladie et des établissements. Le cumul des phénomènes a accru les difficultés des établissements « perdants » à la T2A en raison de la convergence évoquée plus haut.

1 – Les charges d'investissement

Les plans d'aide à l'investissement (plan quinquennal Hôpital 2007, immédiatement relayé par le plan Hôpital 2012) semblaient a priori en synergie avec le projet de redynamisation des établissements de santé.

Toutefois, sans lien économique avéré avec l'entrée en T2A et les adaptations qu'elle allait nécessiter, ils ont engendré un accroissement des charges des établissements, pour la partie non aidée des investissements ; mais surtout une dépense supplémentaire de l'assurance maladie obligatoire, pour la partie aidée¹⁶⁵. Cette aide qui s'est imputée sur un ONDAM hospitalier en décélération a donc réduit la marge disponible pour l'augmentation des recettes d'assurance maladie des établissements.

2 – La décélération programmée de l'ONDAM

La dynamique de croissance qui sous-tend la T2A s'est surtout heurtée au plan de redressement triennal (2005-2007) de l'assurance maladie, mis en place pour casser le rythme d'augmentation des dépenses de l'ONDAM¹⁶⁶. Pour le secteur hospitalier était prévue une décélération très volontariste, consistant à passer d'une croissance constatée de +5,2 % en 2004 à +2,0 % en 2007 (+3,5 % en 2005, +2,9 % en 2006).

Le plan reposait à la fois sur une maîtrise de l'effet prix-volume dans la sphère médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) soumise à la T2A et sur des économies, fixées ex ante à 1,9 Md€ sur les trois années du

165. Subventions en capital du FMESPP et surtout aides en fonctionnement, intégrées dans les dotations MIGAC pour les établissements sous T2A ou dans la dotation annuelle de financement (DAF) pour les autres. Voir supra, chapitre VI.

166. +7,2 % dont +6,4 % pour les établissements de santé en 2002, +6,2 % dont +5,1 % pour les établissements de santé en 2003, +4,9 % dont +5,2 % en 2004.

plan. S'ils ont effectivement permis une maîtrise relative des dépenses d'assurance maladie afférentes à la T2A, ces cadrages nationaux annuels ont été à la fois artificiels et opaques.

a) Les économies

Les économies attendues étaient de deux types :

- les premières, quasi certaines, devaient résulter d'un transfert de charge sur l'assuré ou son régime complémentaire (augmentation du forfait journalier hospitalier de 1 € par an sur trois ans et création d'une participation forfaitaire de 18 € sur les actes exonérés supérieurs à 91 €). Dans ce cas, la recette est présumée constante pour les établissements, mais la dépense AMO est en diminution ;
- les secondes, potentielles, résultaient des économies de gestion que les établissements devaient réaliser pour supporter la limitation des tarifs.

Les travaux d'audit en organisation, menés notamment par la MEAH, révèlent toujours des gisements de productivité importants, quoique variables selon les établissements. Toutefois, ces économies de gestion potentielles ont conduit le ministère à présenter, dans les cadrages annuels, un taux virtuel de progression des ressources des établissements (mentionné sous le terme de « taux brut ») supérieur au taux de croissance autorisé des dépenses d'assurance maladie obligatoire.

Economies intégrées dans la construction des campagnes hospitalières

En M€

	Economies totales	Dont transfert sur l'assuré	Taux de croissance de l'ONDAM hospitalier Toutes disciplines (objectif / base)	Taux « brut » ou taux de progression théorique des recettes des établissements (si les économies totales sont réalisées)
2005	350	100	+ 3,69 %	+ 4,21 %
2006	1 260	180	+3,43 %	+ 5,64 %
2007	460	180	+3,49 %	+ 4,22 %
2008	405	0	+ 3,18 %	+ 3,80 %
2009	303	0	+3,18 %	+ 3,64 %
Total	2 778	460		

Source : Cour

b) Les arbitrages entre prix et volume

Le taux de croissance en valeur de l'ODMCO (activité hors MIGAC) a été réparti entre l'effet volume et l'effet prix de manière

prudente, afin de limiter les hausses tarifaires. En effet, contrairement à l'arbitrage rendu en 2005, destiné à assurer un contexte politiquement favorable au lancement de la T2A, la croissance prévisionnelle en volume a été privilégiée à partir de 2006.

Comme en outre, à l'intérieur de l'ODMCO, le poste des produits (DMI-MO) remboursés sur facture à 100 % par l'assurance maladie a échappé à la maîtrise, la rigueur s'est donc principalement concentrée sur l'activité tarifée. La marge de manœuvre laissée à l'effet prix a donc été réduite et celle des hausses tarifaires proprement dites davantage encore, puisque des « provisions » (en fait un gel de mesures nouvelles) sont également venues en déduction (250 M€ en 2006, 200 M€ en 2007).

Ce cadrage financier avait d'abord pour objectif de limiter la croissance des dépenses d'assurance maladie, les établissements étant présumés bénéficier d'une progression supérieure de leur marge disponible en raison des économies de gestion réalisées en parallèle.

Taux de croissance de 2005 à 2008 (en dépenses d'assurance maladie)

En %

	Taux de croissance valeur ODMCO	Taux de croissance volume DMI-MO	Taux de croissance volume base tarifs	Hausses tarifaires	
	Secteurs public et privé			public	privé
2005	3,29	9,7	1,0	0,27	1,98
2006	2,04	11,8*	2,6	-1,00	- 1,00
2007	2,83	12,1	1,7	1,26	1,26
2008	2,78	10,0	1,7	0,43	0,43

Source : Cour

*Le taux de croissance réel est supérieur (+12,4 %) car des produits ont été sortis de la liste et transférés en tarifs pour 153 M€ en 2006.

Si l'activité dans certains établissements croît moins vite que le taux retenu nationalement (lors de la répartition des mesures nouvelles ONDAM), ils peuvent se trouver en difficulté financière, une grande partie des charges étant fixes (et inversement dans le cas contraire).

3 – La DAC utilisée comme frein

Outre les mécanismes de régulation examinés ci-dessus, la dotation annuelle complémentaire (DAC), qui devait simplement accompagner la mise en œuvre progressive de la T2A, a été détournée de son but initial et utilisée comme outil de maîtrise des dépenses d'AMO, au détriment de la lisibilité de la réforme.

a) L'objet initial de la DAC

La DAC était en principe uniquement destinée à lisser dans le temps la convergence tarifaire entre les EPS, en substituant progressivement aux dotations historiques les recettes calculées sur la base des tarifs nationaux¹⁶⁷. La DAC devait donc disparaître au fil du temps dans chaque établissement, selon une progression presque linéaire¹⁶⁸.

Ce mécanisme ne devait avoir aucune conséquence sur l'évolution de la base tarifs du secteur public à laquelle l'effet prix-volume examiné ci-dessus aurait dû être appliqué en totalité, comme il l'a été à la base tarifs du secteur privé.

b) Un mécanisme discret de maîtrise des dépenses

La part de la DAC dans les ressources aurait donc dû diminuer au fil des ans, tout en bénéficiant néanmoins d'une revalorisation similaire à celle appliquée à la base tarifs hors DAC. A partir de 2006, pourtant, la pratique instaurée n'a pas été celle-là. La DAC n'a pas été revalorisée comme la base tarifs hors DAC, en raison de l'inapplication de l'effet prix-volume décrit plus haut. Il en résulte un « manque à gagner » pour les établissements, apparaissant clairement au plan national quand on compare les dépenses d'assurance maladie versées au titre de l'activité tarifée (ODMCO hors forfaits annuels et DMI-MO) avec le montant résultant du produit de l'activité nationale par les tarifs nationaux du moment. L'écart s'est élevé à -367 M€ en 2006 et -654 M€ en 2007.

En réalité, la DAC a perdu sa fonction initiale et a été utilisée au niveau national comme une enveloppe d'ajustement. Privée d'effet prix et volume, elle a en outre été ponctionnée de 412 M€ en 2006 et de 260 M€ en 2007¹⁶⁹.

167. Eux-mêmes calculés à la moyenne nationale des recettes versées aux établissements.

168. Résultant de la fraction définie par la LFSS de 2004 et fixée annuellement par le gouvernement : 90/10 en 2004, 75/25 en 2005, 65/35 en 2006 et 50/50 en 2007.

169. En 2006, pour alimenter la part tarifs du secteur public de 244 M€ et la base tarifs du secteur privé de 168 M€ et, en 2007, de 260 M€ pour alimenter la part tarifs du secteur public, laquelle a néanmoins fait l'objet dans le même temps d'un gel de 200 M€ pour compenser partiellement le surplus de 244 M€ apporté en 2006.

Evolution de la DAC en 2006 et 2007

	Part DAC théorique	Part DAC en objectif	Taux d'évolution DAC	Taux d'évolution Part tarifs (publics)
2006	65 %	59,5 %	- 0,72 %	+3,24 %
2007	50 %	47,7 %	+ 0,23 %	+3,85 %

Source : Cour

c) La sortie du dispositif

En 2008, il a été décidé de mettre fin au mécanisme de la DAC, considéré comme insuffisamment incitatif par les établissements publics les plus dynamiques, et d'appliquer le mécanisme de convergence mis en œuvre dans le secteur privé depuis 2005.

Principe du passage à 100 % dans le secteur public : l'alignement sur le mécanisme du coefficient de transition du secteur privé

La mesure intitulée « passage à 100 % », introduite à partir de 2008 dans le secteur public, a uniquement consisté à substituer au mécanisme de convergence intrasectorielle de la DAC celui en vigueur dans le secteur privé depuis le début de la réforme, le coefficient de transition.

Ce coefficient, qui permet aux établissements privés d'atteindre progressivement les tarifs nationaux de leur secteur en 2012, est simple dans son principe. Il a consisté à calculer au départ, un ratio propre à chaque établissement et applicable jusqu'en 2012, rapportant les recettes historiques aux recettes théoriques.

Chaque établissement a donc été doté d'un « coefficient de transition », qui n'a pas été modifié depuis lors : supérieur à 1 si l'établissement était historiquement surdoté et devenait perdant à la T2A et inversement. Selon une progression linéaire, tous les établissements doivent aboutir à un coefficient 1 en 2012 : ainsi, selon qu'ils étaient historiquement surdotés ou sous-dotés, les établissements voient leurs tarifs diminuer ou augmenter chaque année de l'équivalent de 1/8^{ème} de leur coefficient initial, appliqué aux tarifs de l'exercice qui débute.

En 2006, la Cour avait notamment souligné qu'un des défauts de ce processus était de ne pas prendre en compte la modification de structure d'activité que chaque établissement était susceptible de connaître au cours d'une période aussi longue¹⁷⁰ et qui pouvait, de facto, modifier substantiellement sa situation initiale de perdant ou gagnant.

Il n'en demeure pas moins que ce mécanisme par coefficient a fait bénéficier le seul secteur privé de deux avantages dès 2005 : anticiper l'effet de la convergence intrasectorielle sur leurs tarifs et recueillir la totalité des fruits de l'augmentation de volume d'activité.

170. D'autant plus longue que le ratio avait été en réalité calculé sur la base de l'activité 2002.

La mutation devant se faire à somme nulle pour l'assurance maladie, les tarifs nationaux du secteur public ont été recalculés à la baisse avant que soit calculé le nouveau coefficient de transition des établissements publics, selon la méthode utilisée en 2005 dans le secteur privé (recettes historiques/recettes théoriques, cf. encadré ci-dessus). En effet, faire disparaître la DAC, en appliquant les tarifs nationaux de 2007 (avant hausse tarifaire de la campagne 2008) à l'ensemble de l'activité produite, aurait généré un surcoût pour l'assurance maladie équivalent à ce qui n'avait pas été versé au cours des deux exercices précédents. Le passage à 100 % s'est donc traduit (avant hausse tarifaire de 2008 de +0,4 %) par une baisse de -3,7 % de l'enveloppe tarifaire (équivalent à -1 Md€¹⁷¹).

Masse financière venant en diminution des tarifs en vigueur fin 2007

	Surplus mesures nouvelles sur les tarifs ex DG	Surplus mesures nouvelles sur les tarifs ex OQN	Calculs réalisés par la DHOS	Montant à récupérer pour équilibrer l'ONDAM lors du passage à 100%
2006	244	168	$(244 / 0,35) + 168$	865
2007	260		$260 / 0,51$	510
Total « surplus »				1 375
Provisions en 2007	200		$200 / 0,50$	- 400
Total à récupérer				975
Total à récupérer avec évolution activité 2008			$975 * 1,025$	1 000

Source : ATIH

d) Une opacité source d'incompréhensions

Ce recalcul des tarifs que les acteurs ont eu beaucoup de peine à comprendre, -ce qui se conçoit aisément- a fait l'objet de nombreuses présentations pédagogiques a posteriori, fondées sur la métaphore des vases communicants ou des écluses. Les établissements les plus actifs étaient demandeurs du passage à 100 %, mais ils n'avaient pas anticipé cette baisse tarifaire et avaient établi des prévisions de recettes sans commune mesure avec ce qui s'est produit.

L'opacité de ces divers ajustements a alimenté diverses polémiques sur les évolutions respectives des tarifs dans les deux secteurs.

171. Le fait d'avoir récupéré dans la base des tarifs publics le montant utilisé en 2006 pour le secteur privé (168 M€) et d'avoir appliqué un effet volume de +2,5 % en 2008, alors que l'effet volume du cadrage national était de +1,7 % n'a fait qu'aggraver la rigueur de l'opération.

L'augmentation très importante de la dotation consacrée aux MIGAC (voir infra), jusqu'en 2008 inclus¹⁷², a notamment été présentée très souvent comme financée au détriment de la croissance des tarifs du secteur privé. Le raisonnement alors tenu est le suivant : si le taux de progression global de la T2A avait été appliqué à la base ODMCO du secteur privé à la place du taux -inférieur- qui lui a été effectivement dévolu, les mesures nouvelles accordées auraient été supérieures. C'est ce différentiel qui financerait les MIGAC publiques¹⁷³.

En réalité, les établissements publics ont de facto autofinancé la croissance de leurs MIGAC par la moindre croissance de leur base tarifs, comme le montre le tableau qui suit, qui compare les montants attribués en 2008 à l'objectif initial de 2005.

Quel secteur a financé quoi ?

En M€

	ODMCO public	MIGAC publiques	T2A privée	T2A totale
Bases initiales 2005	30 130	4 320	7 939	42 389
Avec taux T2A affiché toutes enveloppes	34 529	4 951	9 098	48 578
Objectif 2008	32 932	6 508	9 395	48 835
Différence	- 1 597	+ 1 557	+ 297	+ 257
Total public		- 40	+ 297	+ 257

Source : Cour (objectifs 2008/bases initiales 2005)

Méthode suivie

Au total des quatre exercices, la base T2A totale (ODMCO + MIGAC des deux secteurs) a bénéficié d'un taux affiché de croissance de +14,6 % (soit +3,47 % en moyenne par an).

En comparant le montant qui résulte de ce taux appliqué à chaque enveloppe et le montant des objectifs 2008, on mesure un écart qui agrège tous les effets (opérations sur bases, transferts et différenciation de taux).

On constate que le sous-objectif T2A a dérapé de 257 M€ par rapport au taux fixé. Le secteur privé a bénéficié de la totalité de ce dérapage et d'un apport supplémentaire du public, qui, lui, a perdu 40 M€

172. L'économie de la campagne 2009 ne semble pas devoir inverser ce phénomène, même si le principe d'un autofinancement des nouvelles MIGAC a à nouveau été retenu, en particulier puisque la permanence des soins hospitalières -PDSH- est financée par un prélèvement sur la base ODMCO public de 760 M€ en année pleine, entraînant une baisse mécanique de -3,3 % des tarifs.

173. En pratique, ce raisonnement conduit à dire que le secteur privé a financé à hauteur de 135 M€ l'augmentation des MIGAC du public, de 2005 (base initiale) à 2008 (objectif) ; le différentiel entre le taux T2A et le taux ODMCO privé a été de 0,4 point en moyenne annuelle sur quatre ans (+3,2 % au lieu de +3,6 %).

par rapport à la situation théorique d'un taux T2A commun à toutes les enveloppes. Le secteur privé a donc bénéficié d'un gain de 0,9 % par an par rapport au secteur public, nonobstant les MIGAC.

L'écart de -1 597 M€ constaté sur l'ODMCO public a surtout servi à financer le surplus de croissance de la dotation MIGAC (voir infra).

C – Une dérive des dépenses enrayée

1 – L'évolution constatée

En 2005, c'est-à-dire au cours du premier exercice de déploiement, les dépenses d'assurance maladie relatives à la T2A avaient connu une très forte croissance. Au lieu du taux accordé de +3,8 % (1 602 M€ de mesures nouvelles sur une base de 42 389 M€), les dépenses ont en réalité augmenté de +5,2 % (soit +620 M€ décomposés en 527 M€ de rebasage en cours d'exercice et 93 M€ de dépassement en fin d'exercice).

Dès 2006, cette dérive a été enrayée. Au total des cinq exercices cumulés, la croissance annuelle moyenne constatée a été de +3,6 %, au lieu du taux autorisé de +3,5 % (mesures nouvelles ajoutées à la base retenue de chaque exercice). L'effet des opérations effectuées chaque année sur la base (rebasages et débasages), ainsi que des dépassements et sous-consommations cumulés, est donc resté marginal¹⁷⁴.

La croissance du sous-objectif T2A (ODMCO + MIGAC) a donc été maîtrisée. Elle n'est guère supérieure à celle des deux autres disciplines de psychiatrie et SSR, incluses dans le second sous-objectif (ODAM et OQN). Entre la base de 2005 et l'objectif de 2009, la croissance annuelle moyenne des deux sous-objectifs a en effet été respectivement de +3,56 % et de +3,28 %¹⁷⁵.

En revanche, il convient de souligner que, malgré son ralentissement, la croissance des dépenses hospitalières a été significativement supérieure à celle qu'avait prévue le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007 évoqué plus haut.

2 – Des résultats à confirmer

Le ralentissement des dépenses hospitalières demande toutefois à être confirmé. Les statistiques d'activité comportent en effet des éléments d'incertitude, notamment dans le secteur public. Les perturbations liées à

174. 164 M€ ajoutés en base et 54 M€ consommés en dépassement de l'objectif.

175. Il a été tenu compte des changements de périmètres, en particulier du passage en T2A des services de santé des armées en 2009.

la suppression en 2007 du taux de conversion (cf. infra) ont pu faire obstacle à une déclaration normale d'activité¹⁷⁶ ; la perspective du « passage à 100 % » en 2008 a pu également susciter une rétention de déclaration en 2007. Quant à l'exercice 2008 qui devrait être plus fort en raison de ce retard de déclaration de 2007, il a été marqué par plusieurs grèves du codage des séjours qui peuvent diminuer l'activité déclarée.

Sous ces réserves, si la maîtrise des dépenses hospitalières a été relativement atteinte, la T2A n'a néanmoins pas donné sa pleine efficacité. Trop opaque, elle a de surcroît laissé subsister d'importants déficits.

II - Une définition et un suivi des recettes encore insuffisants

Les efforts pour mieux définir et expliciter les recettes des établissements en provenance de l'assurance maladie sont restés très limités. Par ailleurs, les autres recettes, à la charge des assurés et de leur assurance complémentaire, sont insuffisamment suivies par le ministère.

A – Les recettes en provenance de l'assurance maladie

1 – Une définition incertaine des tarifs GHS

Un des principes de fonctionnement de la T2A est que les coûts de production des GHM doivent être globalement couverts par les tarifs (GHS), eux même assis sur une échelle de coûts. La présentation de la nouvelle échelle nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC) sur le site de l'ATIH en octobre 2008, ainsi que l'utilisation opaque qui en a été faite pour recalculer l'ensemble des tarifs de la campagne 2009, ont relancé le débat sur sa fiabilité et surtout sa véritable fonction. Pour la première fois d'ailleurs, le secteur privé est directement concerné par cette problématique, les GHS privés ayant été valorisés jusqu'alors sur la base de l'ancienne facturation.

La confusion qui règne en ce domaine est due à la fois à la méconnaissance du processus théorique de fixation des tarifs et au fait que la pratique s'en écarte assez souvent. La Cour relève en effet que

176. La Cour, dans le cadre de ses missions de certification des comptes du régime général pour 2007 et dans la partie du RALFSS 2008 consacrée à l'ONDAM a souligné ce problème : de fait, les provisions incluses dans les comptes de 2007 ont été calculées en fonction de l'objectif fixé.

l'articulation entre coûts et tarifs demeure très incertaine : la doctrine de l'administration, explicitant le périmètre de charges présumé couvert par les tarifs est floue et l'application de coefficients géographiques, inchangés depuis 2005, aggrave les distorsions probables entre coûts et tarifs.

a) Des pratiques empiriques

La fonction théorique de l'échelle des coûts

Une assimilation trop rapide est souvent faite entre les coûts « complets » des GHM recueillis auprès d'un échantillon d'établissements, reportés dans l'ENCC, et les tarifs nationaux des GHS. L'échelle de coûts a en fait uniquement pour finalité de produire une échelle relative, appliquée à la masse de dépenses d'assurance maladie disponible ou base « tarifs ».

Etapes simplifiées du passage des coûts complets aux tarifs GHS

- La première étape consiste à transformer les coûts « complets » en coûts dits « coûts modèle T2A », en déduisant toutes les charges qui sont rémunérées par d'autres voies que les GHS, comme les MIGAC, les actes externes, les suppléments ou les DMI-MO.
- La seconde étape vise à tenir compte de la fréquence de chaque GHM et donc de son poids financier relatif dans la masse totale des coûts (d'où le terme « d'échelle »).
- La troisième étape vise à calculer les tarifs « bruts » en répartissant l'enveloppe disponible de dépenses d'assurance maladie (ou base tarifs), en fonction de ces poids relatifs.
- Enfin, la quatrième étape correspond à la mise en œuvre de la politique tarifaire du ministère. Elle consiste à prendre ou non en compte l'actualisation annuelle de l'échelle pour moduler les hausses tarifaires, mais surtout à utiliser les tarifs comme vecteurs des plans de santé publique ou comme moyens de favoriser tel type de prise en charge au détriment de tel autre (par exemple, pour inciter à une prise en charge en chirurgie ambulatoire plutôt qu'en hospitalisation complète). Payer des tarifs figés, directement indexés sur les coûts moyens observés, serait d'ailleurs un principe contestable, car peu susceptible d'améliorer l'efficacité globale du marché hospitalier.

De ce schéma théorique devraient découler logiquement plusieurs conséquences dont on constate, dans la pratique, une application imparfaite.

La divergence entre les périmètres des charges et des tarifs

Les transferts entre la masse tarifaire (GHS) et les autres bases (DMI-MO, MIGAC etc.) ne devraient pas modifier le taux de couverture

des charges par les tarifs, les deux périmètres étant en théorie superposables. Ainsi toute évolution constatée dans la masse tarifaire devrait trouver sa contrepartie dans les autres bases.

Or, tel n'est pas le cas, puisque la méthode de déduction des charges relevant de financements hors tarifs GHS est imparfaite. En effet, tant pour les MIGAC que pour l'activité externe, ce ne sont pas les charges afférentes à ces activités, trop difficiles à estimer, qui sont déduites des coûts complets, mais les *financements* auxquels elles ouvrent droit. Par ailleurs, les charges rémunérées par certaines recettes en sus des tarifs (par exemple les suppléments pour chambres particulières) ne sont pas isolables : elles ne sont donc pas déduites des coûts. Ainsi le périmètre des coûts et des tarifs diffère.

L'idée d'une compensation globale est souvent évoquée pour excuser ces lacunes méthodologiques qui auraient tendance, au plan national, à se neutraliser. Si tant est qu'une telle compensation s'opère, elle ne joue en tous cas qu'au plan macro-économique : au niveau de chaque établissement, elle perd toute crédibilité.

Un flou entretenu sur les coûts de structure

Les coûts de structure (charges d'amortissement immobilier¹⁷⁷ et charges financières des emprunts, quelle que soit leur destination), sont présentés dans l'ENCC, mais ils ne sont pas inclus dans les « coûts complets » et donc dans les « coûts T2A »¹⁷⁸, ce qui suggère que la majeure partie des amortissements de l'investissement immobilier et des charges financières sont financés autrement que par les tarifs. Une part importante (mais non mesurable) de ces charges est en effet financée en sus aux établissements publics, par le biais de la dotation d'aide à la contractualisation (AC). Une telle explication s'applique en revanche assez mal au secteur privé.

177. L'ancienneté des bâtiments du secteur public qui ne s'amortissent plus pour la plupart contribuerait à expliquer que les coûts de structure du secteur privé soient plus élevés que ceux du secteur public.

178. Ce principe fait l'objet d'hésitations de doctrine pour le moins étonnantes : une note de l'ATIH mentionne en effet que les coûts ont été calculés hors charges de structure, « alors que les tarifs couvriraient, au moins partiellement, ces charges de structure ».

Des taux de couverture approximatifs et multiples

Ces multiples incertitudes conduisent l'ATIH à calculer plusieurs taux de couverture, différents selon le périmètre de tarifs et de charges pris en compte, ainsi que l'expose le tableau ci-dessous.

Taux de couverture des charges par les tarifs en 2006

	Etablissements ENCC		Ensemble des établissements ¹⁷⁹
	Secteur privé	Secteur public	Secteur public
Ratio 1 : Tarifs / Coûts (hors charges de structures)	1,13	1,05	1,025
Ratio 2 : Tarifs / Coûts+charges de structures	1,02	1,016	0,99
Ratio 3 : (Tarifs + recettes non déductibles des coûts)/ (Coûts +charges de structures)	1,08	1,025	0,99

Source : ATIH (Activité 2006 * tarifs 2008 déflatés des hausses tarifaires 2007 et 2008)

Le constat principal est que le taux de couverture des charges par les tarifs apparaît donc difficile à cerner exactement, en raison de la construction imprécise de cet indicateur, pourtant essentiel.

Plusieurs constats peuvent être en outre tirés de ces chiffrages :

- pour les établissements publics, l'écart entre les taux de couverture estimés pour les seuls établissements de l'ENCC et ceux de l'ensemble des établissements montre que ceux de l'échantillon sont plus performants ;
- la comparaison montre également (3^{ème} ligne du tableau) qu'une partie importante de la couverture des charges du secteur privé provient des recettes supplémentaires pour exigences particulières des malades (recettes comme on l'a vu non déduites des coûts de l'ENCC).
- le taux de couverture des établissements privés apparaît supérieur à celui du secteur public ; mais il convient de préciser qu'il n'est nullement tenu compte dans cette approche de la rémunération du capital investi dans les cliniques privées.

179. Le calcul des coûts ne peut être réalisé dans le secteur privé que sur l'échantillon d'établissements participant à l'échelle.

b) Les coefficients géographiques

L'articulation déjà difficile entre coûts et tarifs est aggravée par le maintien des coefficients géographiques tels que fixés en 2005, dans des conditions que la Cour avait d'ailleurs déjà critiquées en 2006.

Les coefficients géographiques

Leur objet est de majorer les tarifs des établissements situés dans les six régions présumées entraîner des surcoûts. La Cour avait montré, en 2006, que leur fixation était particulièrement approximative. Des travaux devaient être engagés dès 2006 avec l'INSEE. Finalement, aucun coefficient n'a été modifié depuis 2005.

Or, la masse financière allouée à ces coefficients, très significative, revient à faire financer certaines régions par les autres, puisque cette masse a été initialement prélevée de la base conduisant au calcul des tarifs nationaux.

De 2005 à 2007, cette masse a augmenté de 16,5 % (de 550 M€ à 640 M€) là où l'ensemble de l'ODMCO n'a augmenté que de +8,63 % (réalisations 2007/base 2005) et de +3,92 % en réalisations 2007/réalisations 2005. Ce différentiel très important d'évolution mériterait une explication.

Coefficients géographiques en 2007

En M€ ou en %

Régions	Coefficient géographique régional	Incidence (tous secteurs)	Poids relatif (tous secteurs)
Corse	1,05	7	1%
Guadeloupe	1,25	46	7%
Guyane	1,25	2	0%
Ile-de-France	1,07	433	68%
Martinique	1,25	46	7%
Réunion	1,30	107	17%
Total		641	100%

Source : DHOS

En raison d'incertitudes méthodologiques, doublées de distorsions liées à l'application de coefficients géographiques, la Cour n'a ainsi pas été en mesure de déterminer dans quelle mesure les charges de GHM étaient bien couvertes par la composante tarifaire de la T2A (GHS). Or, une dégradation dans le temps de la couverture des GHM par les GHS pourrait -pour partie au moins- expliquer la dégradation de la situation financière de nombre d'établissements.

Le Conseil d'Etat¹⁸⁰ a d'ailleurs annulé les arrêtés tarifaires de 2007 et 2008, précisément pour des motifs tenant à l'articulation insuffisante entre coûts et tarifs.

2 – Une meilleure appréhension du taux de prise en charge par l'assurance maladie

Au moment du passage en T2A un taux de conversion a été calculé par la DHOS pour convertir les dépenses globales précédemment autorisées par la tutelle en « dépenses d'assurance maladie ». Ce calcul a été réalisé au plan national d'une part, par établissement d'autre part, avec une déclinaison par activité (MCO) et sous-activité (GHS, HAD, MIGAC etc.). Or, le taux de conversion national initial (fixé en 2005) a été sous-évalué, ce qui a abouti à un manque à gagner pour les établissements¹⁸¹.

Une facturation directe dans les établissements publics devait mettre un terme à cette situation. Alors que la LFSS pour 2004 prévoyait son application au 1^{er} janvier 2006, elle a été reportée plusieurs fois¹⁸², en dernier lieu par l'article 54 de la LFSS de 2009 qui fixe au 1^{er} juillet 2011 la date butoir du régime transitoire. La même disposition autorise cependant les établissements à participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie au cours de la même période.

Toutefois, afin d'améliorer le calcul de la part réellement due par l'assurance maladie à chaque établissement, il a été mis fin à l'utilisation du taux de conversion en 2007. Il a alors été demandé aux établissements d'apparier, par assuré, l'activité déclarée à l'ARH et valorisable en dépenses d'assurance maladie avec la participation réellement facturée à l'assuré (FJH, TM etc.). Chaque établissement a donc vu de ce fait le taux de participation de l'assurance maladie à ses recettes évoluer à la hausse

180. Le 21 novembre 2008, le Conseil d'Etat a annulé les deux arrêtés tarifaires de février 2007 et 2008 suite au recours de la fédération hospitalière privée (FHP-MCO) motivé par le non respect de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale qui précisait : « Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o du I du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établi sur un échantillon représentatif d'établissements ». L'article 53 de la LFSS 2009 l'a modifié : « Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1^o du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. »

181. Dès avril 2005, une enveloppe complémentaire a d'ailleurs été dégagée pour combler partiellement ce manque à gagner.

182. 1^{er} janvier 2007 (ordonnance 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005) ; 1^{er} janvier 2008 (LFSS 2007), 1^{er} janvier 2009 (LFSS 2008).

ou à la baisse, ce qui a entraîné des redéploiements de ressources entre catégories d'établissements, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Effets de la disparition du taux de conversion

Catégorie d'établissements	Nombre d'établissements en 2007	Taux de conversion appliqué en 2006	Différence entre TC 2006 et taux moyen constaté 2007	Différence en M€
AP-HP	1	88,38%	2,14%	60,68
CH	457	91,50%	0,45%	72,23
CHR-U	30	93,41%	-0,32%	-28,08
CLCC	20	96,46%	0,13%	1,11
EBNL ¹⁸³	134	93,76%	-0,30%	-7,30

Source : ATIH

L'ensemble de ces évolutions, parfois complexes dans leurs modalités de mise en œuvre, ont permis, depuis 2007, une meilleure connaissance des recettes provenant de l'assurance maladie. Celle-ci pourrait toutefois encore être améliorée par des progrès en termes de facturation.

B – Les recettes en provenance des assurés

1 – La participation obligatoire aux prestations remboursables

L'économie générale de la participation obligatoire des assurés aux prestations remboursables dans le secteur public (recettes de type II) est différente de celle appliquée dans le secteur privé. Deux types de ticket modérateur doivent être distingués, sur les soins hospitaliers et sur les soins externes.

a) *Le maintien du tarif journalier de prestations pour les séjours hospitaliers*

Rappel du système « transitoire » mis en place en 2005

Avant la réforme de la T2A, l'assuré participait à l'ensemble des charges supportées par l'établissement, par le biais du ticket modérateur (TM) hospitalier de 20 % appliqué aux tarifs journaliers de prestations (TJP) calculés dans chaque établissement, ainsi que par le paiement du forfait journalier hospitalier (FJH) fixé nationalement.

183. EBNL : établissements à but non lucratif.

Lors de l'introduction de la T2A, deux solutions permettaient de maintenir à leur niveau les recettes de type II des établissements : soit augmenter le taux du TM et l'appliquer aux seuls GHS, soit le maintenir à 20 % et l'appliquer à un tarif plus large. Pour des raisons d'affichage, c'est la seconde solution qui a été retenue, contrairement aux préconisations du conseil de l'hospitalisation.

Il a donc été décidé que l'assuré hospitalisé participerait au financement de toutes les composantes de la T2A, y compris les MIGAC et les forfaits annuels d'urgence et de greffes (dotations couvrant les charges fixes), la seule exception à cette règle étant celle des produits facturables en sus (DMI-MO) remboursés à 100 % sur facture par l'assurance maladie.

A travers le TJP qui demeure la base de calcul du TM (et non le tarif du GHS comme dans le secteur privé), l'assuré hospitalisé paie donc en réalité sa participation à la prestation qu'il a reçue, mais aussi sa participation financière aux MIGAC et aux différents forfaits annuels.

Compte tenu de la croissance différenciée des composantes de la T2A, les défauts de ce choix initial se sont amplifiés et ont rendu la situation difficilement réversible : la croissance relative plus élevée de la dotation MIGAC a augmenté l'écart initial entre les tarifs des GHS et les tarifs journaliers de prestation.

Par ailleurs, les TJP, fixés par les établissements, sont devenus pour eux une variable d'ajustement des recettes, mal connue par le ministère¹⁸⁴. La DHOS estime cependant que, dans 50 % des établissements, les TJP sont évalués à un niveau supérieur de 10 % à 50 % par rapport à ce que produirait la seule application d'un TM de 20 % sur les composantes de la T2A. Les chiffres ci-dessous semblent néanmoins indiquer que le phénomène de rattrapage¹⁸⁵ s'est ralenti à partir de 2007.

Evolution des recettes de type II

En K€

EPS	2005	2006	2007	2006/2005	2007/2006
Recettes totales -type II	2 700 535	3 254 028	3 453 127	20,50%	6,12%
dont recettes type II MCO	2 254 962	2 734 521	2 886 728	21,27%	5,57%
dont FJH MCO	578 347	617 493	655 531	6,77%	6,16%
dont autres	1 676 615	2 117 028	2 231 197	26,27%	5,39%

Source : Cour d'après comptes DGFIP

184. En janvier 2009, l'ATIH ne pouvait estimer l'évolution 2006/2005 des recettes de type II afférentes au MCO que pour 590 établissements publics seulement.

185. L'évolution d'environ +20 % constatée en 2006 inclut l'augmentation du FJH, la montée en puissance de la participation forfaitaire de 18 € et la croissance du TJP.

Dans ces conditions, un alignement du secteur public sur le secteur privé, à réglementation constante, semble difficile. Si le TM était appliqué aux seuls GHS et non plus aux TJP, il faudrait passer son taux de 20 % à 26 % (selon les simulations de l'ATIH en 2008) pour conserver aux établissements publics des recettes de type II équivalentes. Le système actuel est donc conservé au moins jusqu'au 31 décembre 2012, en application de la LFSS pour 2009.

b) L'activité externe

Avant la T2A, les assurés non hospitalisés mais recevant des prestations en activité externe (actes et consultations facturés aux tarifs de la nomenclature) devaient s'acquitter d'un TM de 30 %, comme en ville.

Avec la T2A, ils ont continué de payer ce TM de 30 % sur les actes, mais, de manière curieuse, ont été exemptés de TM sur les nouveaux forfaits associés à cette activité externe, à savoir le forfait de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation (ATU), le forfait de financement de petit matériel (FFM), enfin le forfait de sécurité et d'environnement créé en 2007 (SE).

Une modification a été apportée en février 2009 à ce dispositif visant à faire payer le TM sur les forfaits associés par les patients externes concernés (et non plus par les assurés hospitalisés qui le finançaient indirectement à travers le tarif journalier de prestation). Si la mesure est louable dans son principe, ses modalités d'application sont en revanche critiquables, car le taux du TM a été fixé à 20 %. Une différence de traitement peu souhaitable a ainsi été créée entre les actes externes réalisés dans l'enceinte d'un hôpital et en ville (remboursés quant à eux à 70 %), ce qui paraît contraire à l'orientation générale consistant à limiter les consultations externes des hôpitaux.

La mesure prive de surcroît l'assurance maladie d'économies conséquentes et justifiées, de plus de 300 M€¹⁸⁶. La fixation d'un TM à 30 % dans les deux secteurs d'établissements aurait également économisé l'équivalent de 10 % des honoraires facturés par les médecins libéraux en cliniques pour les actes externes donnant lieu à facturation de forfaits associés.

186. Environ 30 M€ par application d'un TM de 20 % au lieu de 30 % sur les forfaits : 307 M€ en ATU et 52 M€ en SE (+3 M€ de FFM) et environ 280 M€ par réduction du TM de 30 % à 20 % sur les actes et consultations externes réalisés dans le secteur public (2,8 Md€ en 2007).

2 – Les recettes en provenance des prestations non remboursables par l'assurance maladie

Les recettes perçues au titre des prestations non remboursables par l'assurance maladie constituent une troisième ressource des établissements (de « type III », selon la nomenclature en usage). Les facturations du supplément pour chambre individuelle en constituent la majeure partie. Or ces recettes ont évolué avec la T2A, puisque le plafond de facturation d'une chambre particulière a été supprimé dans les établissements publics. La tentation peut dès lors être forte¹⁸⁷ dans ces établissements de maximiser cette source de financement, ainsi qu'on le constate dans les établissements privés où elle représente 8 % du chiffre d'affaires.

Les informations disponibles sont cependant limitées, car le supplément de chambre individuelle n'était pas isolé dans le plan comptable appliqué jusqu'en 2005. En outre, il n'est pas ventilé par discipline. Toutefois, l'évolution est remarquable : on constate d'une part que les établissements à but non lucratif (EBNL) pratiquent davantage cette facturation que les EPS, d'autre part que la croissance en est partout très soutenue.

Evolution des suppléments pour chambre individuelle

En M€

	2006	2007	2007/2006
Total établissements ex DG	128,5	146,9	14,3 %
EPS hors HL et CHS	52,8	62,4	18,2 %
EBNL	70,4	78,3	11,4 %

Source : ATIH (retraitements comptables)¹⁸⁸

*

* *

La mise en place de la T2A semble ainsi avoir conduit les établissements publics à augmenter leurs recettes hors assurance maladie, dites de type II et de type III. Cette dynamique est positive puisqu'elle les incite à améliorer leur procédure de facturation et de recouvrement, mais elle comporte un risque de déport de la charge sur les assurés ou leurs assurances complémentaires.

187. Comme en témoigne par exemple le numéro de « Finances hospitalières » de septembre 2008 « Et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? ».

188. Dans les comptes financiers, les montants des EPS sont un peu plus élevés que ceux récupérés dans les retraitements comptables, mais la tendance est la même.

A cet égard, les comptes nationaux de la santé montrent que le taux de couverture par les financeurs publics¹⁸⁹ (assurance maladie obligatoire + CMU) a régressé d'un point entre 2004 et 2007 et soulignent surtout la différence importante entre les deux secteurs.

Taux de couverture des dépenses hospitalières par les financeurs publics

	2004	2007
Etablissements publics	95,4 %	94,6 %
Etablissements privés ¹⁹⁰	85,5 %	84,6 %

Source : DREES comptes nationaux de la santé 2007

III - Interrogations sur les modalités d'évolution de la T2A

Des progrès encore trop limités ont ainsi été apportés aux questions relatives à la connaissance des recettes et à leur construction. Mais, à la lumière des évolutions constatées à mi-parcours, plusieurs questions de principe peuvent être formulées :

- les modifications incessantes et surtout peu lisibles intervenues depuis 2005 sont-elles compatibles avec l'objectif initial consistant à faire du signal tarifaire un instrument d'évolution interne des établissements, ce qui suppose une certaine prévisibilité des tarifs ?
- l'équilibre entre financement par dotation et tarifs n'est-il pas désormais perdu de vue, remettant en cause la pertinence des signaux tarifaires ?
- quel sens peut désormais avoir l'objectif de convergence intersectorielle ?

A – Des redéploiements incessants

La démarche de redéploiements incessants néglige leur soutenabilité par les établissements qui subissent des variations de revenu importantes, non anticipées et en fait peu connues de l'administration.

189. La partie hors financeurs publics (reste à charge) se répartissant en 2/3, 1/3 entre les assureurs complémentaires et les ménages en 2007

190. Dans les CNS, les dépenses des cliniques privées incluent les honoraires facturés par les médecins libéraux (honoraires et dépassements si secteur 2).

1 – De 2006 à 2008

De 2006 à 2008, des ajustements plus ou moins importants ont donné lieu à des redéploiements à somme nulle pour l'assurance maladie, pouvant passer par de simples modulations des tarifs ou par des transferts d'enveloppes.

Or, ces redéploiements ont pour effet mécanique de redistribuer des recettes entre établissements qui, en raison de leur différence de structure d'activité, subissent à chaque ajustement des effets de revenu à la hausse ou à la baisse, à activité inchangée. Les simulations n'ont pas été réalisées systématiquement, mais uniquement pour les mouvements les plus importants. Parfois partielles, celles-ci estiment la masse financière totale redistribuée, sa part dans les recettes globales des établissements concernés (en dépenses d'assurance maladie) ainsi que l'impact sur le revenu des différentes catégories d'établissements.

Par ailleurs, si ces redéploiements sont calculés à somme nulle ex ante, ils génèrent ensuite d'importants effets de structure, car toute modification des règles est suivie d'une adaptation de la part des établissements. Ainsi, les modifications introduites dans la classification des GHM provoquent inéluctablement des changements de pratiques.

Parmi les principaux redéploiements opérés, on peut citer en 2006 le changement de classification des GHM¹⁹¹, couplé à une correction importante des suppléments de réanimation et de néonatalogie : il n'a été simulé que dans le secteur public et a redistribué 84 M€ Ainsi, selon l'ATIH, les centres hospitaliers et les centres de lutte contre le cancer auraient connu un effet revenu positif dû au changement de classification de l'ordre de 0,5 % de leur chiffre d'affaires GHS. A l'inverse, les CHU et l'AP-HP auraient subi un effet de revenu négatif de l'ordre de 0,6 % de leur chiffre d'affaires GHS.

De même, le nouveau mode de valorisation de la partie forfaitaire des missions d'enseignement et de recherche (MERRI) appliqué en 2008 (puis corrigé en 2009, voir infra) a été simulé comme redistribuant 107 M€ entre CHU (-0,02 % des recettes MCO), CHR (+2,36 %), CLCC (+0,73 %) et autres (+0,75 %)¹⁹². Afin d'amortir ces effets, la variation de revenu théorique a été étalée sur quatre ans (écart total répercuté à hauteur de 15 % en 2008, puis 35 %, 65 % et 100 % en 2011).

191. Passage de la version 9 à la version 10.

192. A cette occasion, l'AP-HP a bénéficié d'une dotation supplémentaire de 25 M€ (soit le quart des montants redéployés), ce qui représente une augmentation de +0,9 % des recettes MCO, alors que les autres établissements ont subi des variations de recettes MCO comprises dans une fourchette allant de +14 % à -13,7 %.

Ces multiples opérations, qui expliquent en grande partie les variations de chiffre d'affaires de chaque établissement à activité identique, n'ont pas été programmées et n'ont été communiquées aux ARH, dans le meilleur des cas, que sous forme globale (et non par établissement) et au coup par coup en début de campagne. Une telle gestion, à laquelle n'échappe pas la campagne 2009, ne favorise pas l'objectif de bonne gestion qui sous-tendait la réforme.

2 – Les changements importants de la campagne 2009

a) Des évolutions positives

La campagne 2009 recueille les fruits de travaux de fond engagés depuis la mise en place de la T2A : refonte souhaitable de la classification des GHM (V11, cf. infra) et nouvelle échelle de coûts dans le public et le privé

De même, la liste des dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus, jusqu'alors différente selon les secteurs d'établissements, a été harmonisée¹⁹³, ce qui s'est traduit par un transfert de l'enveloppe DMI vers les tarifs de 35 M€ dans le secteur privé et de 4,5 M€ dans le secteur public.

Par ailleurs, d'une façon sans doute prématurée au vu des travaux en cours, il a été décidé d'y ajouter des requalifications de financement, se traduisant par des inclusions en missions d'intérêt général (MIG) de ce qui était rémunéré jusqu'alors en GHS. C'est le cas des charges afférentes à la permanence des soins hospitalière (PDSH) pour 760 M€ dans le seul secteur public (induisant une baisse mécanique de 3,3 % des tarifs) et de celles liées à la précarité pour 100 M€ (dont 5 M€ dans le secteur privé, soit -0,1 % de baisse tarifaire, et 95 M€ dans le public, soit une baisse tarifaire de -0,5 % des tarifs publics).

En outre, dans le secteur privé, il a enfin été mis un terme à un régime d'exception fondé sur l'ancien classement des cliniques en soins particulièrement coûteux (SPC) datant de 1978. Le maintien de ce régime dérogatoire du secteur privé dans le système T2A avait été fortement critiqué par la Cour en 2006, parce qu'il conservait à certains

193. Cette harmonisation n'est cependant pas synonyme d'optimisation, car elle a maintenu certains DMI, comme les prothèses de hanche, alors qu'ils devraient relever des GHS.

établissements, hors convergence intrasectorielle, des avantages financiers peu justifiés et en tout cas obsolètes¹⁹⁴.

Au total, les effets de revenu occasionnés par les divers changements de la campagne 2009 sont si importants que le ministère évoque un « modèle de financement rénové » et la FHP « une année plus cruciale encore pour les cliniques que l'année 2005 qui avait vu la mise en œuvre de la T2A ».

b) Des modalités contestables

Afin de limiter les effets¹⁹⁵ de ces changements ou de les étaler dans le temps, de nombreux aménagements ont été apportés, dans des conditions opaques, aux résultats bruts des premières simulations. Cette alchimie a surtout permis de réduire de plus de la moitié le montant redéployé en 2009 dans le secteur privé (61 M€ au lieu de 154 M€), celui du secteur public étant estimé à 174 M€ (au lieu de 189 M€ initialement).

Alors que les nouveaux tarifs s'appliquent depuis le 1^{er} mars 2009 (arrêté du 27 février 2009), les établissements n'avaient bénéficié fin mars que d'une communication officielle globale et peu compréhensible. En revanche, aucune information relative à la progression des tarifs (voir encadré ci-dessous) et aux effets de revenu individuels n'a été portée à leur connaissance.

De fait, la simulation des effets de revenu par établissement a été réalisée ex post par la DHOS et n'a été communiquée qu'aux ARH. Quant aux établissements, ils se sont employés à simuler, individuellement, la variation de recettes prévisible pour 2009 (en appliquant les tarifs de 2009 à leur activité de 2008).

Une communication incomplète sur le cadrage 2009

La DHOS a communiqué exclusivement sur une croissance en valeur de l'ODMCO, supérieure aux exercices précédents : +2,46 % au total, dont +2,42 % dans le secteur public et +2,60 % dans le secteur privé.

En fait, les opérations exposées ci-dessous ont modifié l'économie générale de la campagne :

194. Voir rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006, pages 183 et suivantes.

195. Par exemple, limitation de l'incidence 2009 entre -2 % et +3 % des recettes par catégorie majeure de diagnostic ou sous-catégorie, sauf pour le cancer, les soins palliatifs et certaines activités lourdes. Pour ces derniers, les tarifs initiaux de 2009 sont égaux aux tarifs dits repères.

- la base de 36 742 M€ a subi une diminution préalable de 168 M€: le taux de croissance total en valeur est donc en réalité de +2,33 % et non de +2,46 % ;
- l'hypothèse de volume est de +2,10 % dans le secteur public et +2,09 % dans le secteur privé (pour tenir compte de l'effet de structure possible de la nouvelle classification) ;
- enfin, une provision de 100 M€ a été constituée sur la marge disponible du secteur public.

Les variations tarifaires effectives de la campagne 2009, non communiquées, ont été en réalité de -0,12 % dans le secteur public et de +0,54 % dans le secteur privé, donc très éloignées des chiffres mis en exergue dans la communication de la DHOS.

La décision d'introduire en même temps tant de changements radicaux peut être comprise si elle permet une réelle stabilisation du système dans les années qui viennent. En outre, elle n'est soutenable par les établissements qu'à certaines conditions, à commencer par une anticipation et une information transparente de cette évolution substantielle, ce qui n'a pas été fait.

B – La progression des MIGAC

1 – Les différentes composantes

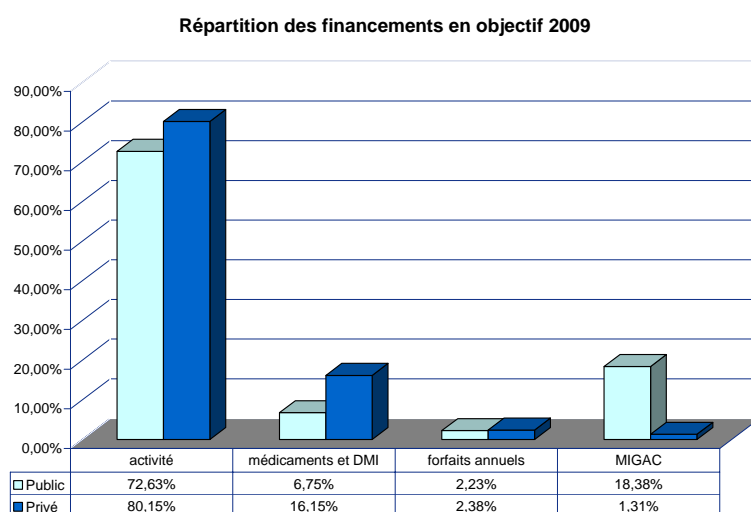
Les MIGAC¹⁹⁶ regroupent trois composantes :

- les MERRI (missions d'enseignement, recherche, référence et innovation) correspondent globalement aux activités universitaires de recherche et d'enseignement. Une partie (MERRI dites « fixes ») est financée forfaitairement, l'autre fait l'objet d'activités identifiées dans une liste fixée par arrêté (MERRI dites « variables ») ;
- les MIG (missions d'intérêt général stricto sensu) sont identifiées dans une liste fixée par arrêté ;
- l'AC (aide à la contractualisation) principalement destinée, à l'origine, à financer les charges d'amortissement induits par les

196. L'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale définit l'objet de la dotation nationale : elle ne finance pas d'activité de soins, sauf pour des populations spécifiques (détenus, femmes enceintes et précaires à partir de 2009) ; elle finance des engagements contractuels (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens – CPOM- ou autres) relatifs aux missions de service public, à la mise en œuvre des SROS, aux priorités nationales ou locales de santé publique et à l'amélioration de la qualité (accréditation). Cette liste, précédée de l'adverbe « notamment », a juridiquement permis d'étendre le champ d'application des MIGAC, en particulier par la définition sans cesse actualisée du contenu des CPOM.

investissements ayant fait l'objet d'un contrat (dont ceux du plan hôpital 2007).

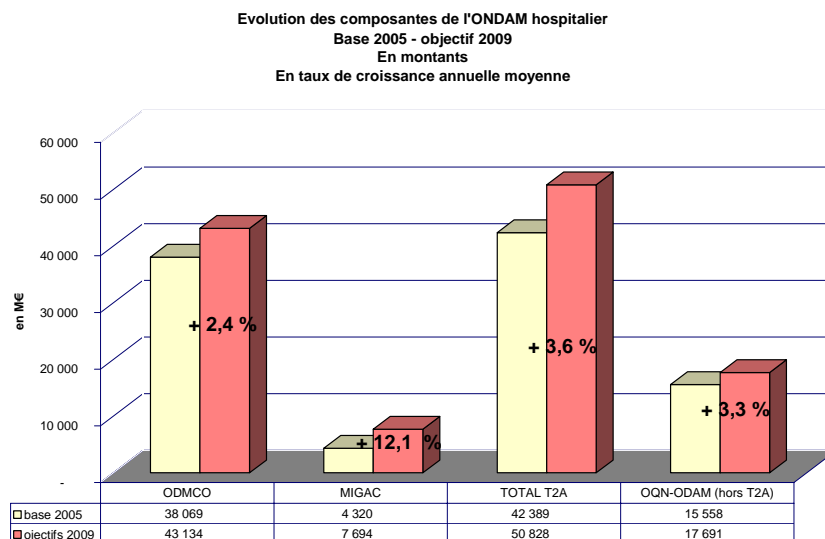
Comme on le voit dans le graphique suivant, ces financements concernent presque exclusivement les établissements du secteur public (et cette répartition serait encore plus déséquilibrée entre les deux secteurs s'il était tenu compte de la masse d'honoraires afférente à l'activité des cliniques, comptabilisée en soins de ville et non incluse dans la T2A).



Source : Cour d'après le tableau DSS de construction de l'ONDAM 2009.

2 – Une croissance rapide et régulière

A l'intérieur des dépenses d'AMO consacrées à la T2A, la croissance s'est faite en défaveur de l'activité de soins et plus particulièrement de l'activité rémunérée en GHS. Cette évolution va à l'encontre de celle attendue, recommandée tant par le Conseil de l'hospitalisation dès 2005 que par la Cour en 2006. L'ODMCO (activité de soins) et la dotation MIGAC ont ainsi augmenté respectivement de 2,4 % et de 12,1 % en moyenne annuelle entre 2005 et 2009.



Source : Cour

La communication du ministère masque généralement ce différentiel de croissance entre les MIGAC et l'ODMCO. Les taux de progression sont à cet effet présentés en ignorant les transferts préalables entre bases. Ainsi, pour 2009, les taux de croissance des MIGAC et de l'ODMCO sont présentés à +4,7 % et +3,2 %, alors que, selon les calculs de la Cour, les taux effectifs sont respectivement de +16,4 % et de +3,0 %¹⁹⁷. En réalité, le montant transféré de la base de l'ODMCO vers la base MIGAC (733 M€) représente plus du double du montant des mesures nouvelles (348 M€) qui lui ont été affectées.

A l'intérieur de l'ODMCO, la croissance respective des diverses composantes montre l'envol des suppléments et des produits facturables en sus (DMI-MO).

Evolution de certaines composantes de l'ODMCO dans le secteur public¹⁹⁸

	Evolution 2007/2005
GHS	+ 4,39 %
Suppléments journaliers	+ 21,48 %
MO-DMI	+ 37,50 %

Source : Cour d'après informations de l'ATIH

197. L'élargissement du périmètre de l'ODMCO dû au passage en T2A des services de santé aux armées n'entre pas dans ce taux calculé à périmètre constant.

198. Cette évolution ne peut être observée qu'à partir d'informations limitées au secteur public, délicates à manipuler et qui s'arrêtent à 2007 : il s'agit des dépenses théoriques, qui neutralisent l'effet de la DAC en multipliant les tarifs nationaux par les quantités déclarées. Dans le secteur privé, les montants de 2005 sont réputés non disponibles.

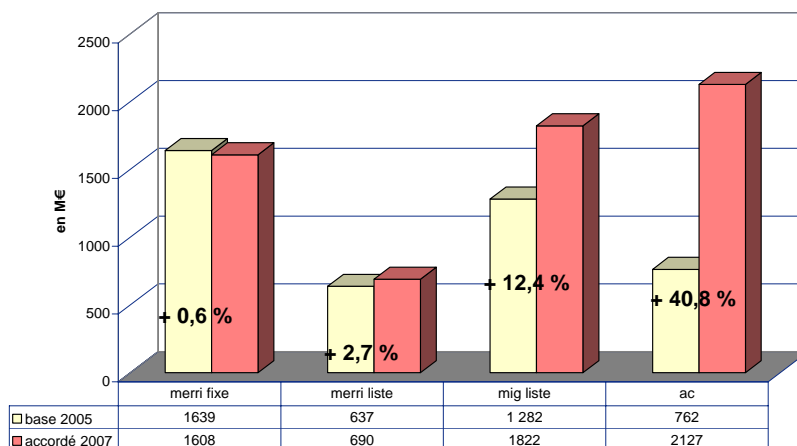
Tant les MIGAC que les rémunérations hors tarifs ont connu une croissance sans commune mesure avec le taux d'augmentation du sous-objectif T2A : cette croissance résulte donc de redéploiements opérés au détriment de la « base tarifs ». Or, les trois rapports remis par le ministère au Parlement¹⁹⁹, relatifs aux exercices 2005, 2006 et 2007 n'ont pas rendu compte de cette évolution avec la clarté nécessaire. Les tendances significatives ont été diluées dans un grand nombre d'informations non hiérarchisées, peu lisibles, voire trompeuses.

Depuis 2005, l'évolution de la dotation MIGAC est allée à rebours des préconisations de diminution de leur poids relatif dans les ressources des établissements. Leur mise en œuvre aurait nécessité une actualisation des listes de missions dans lesquelles figuraient des activités de soins tarifables, une mise à jour des valorisations alors fondées sur la photographie des coûts historiques disparates de chaque établissement et enfin une définition resserrée du périmètre des aides à la contractualisation.

3 – Des défauts persistants

a) Une liste des missions non réduite

Evolution des composantes des MIGAC sur trois ans 2005-2007
(croissance annuelle moyenne en %)



Source : Cour (d'après chiffres DHOS)

199. Remis en octobre, ces rapports sont rendus obligatoires par l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale qui définit la dotation nationale de financement des MIGAC.

Bien que très souvent modifiée, la liste arrêtée des missions (MERRI variables et MIG²⁰⁰), a connu peu de changements structurants et ne s'est pas réduite. Trois missions seulement ont été transférées vers le dispositif tarifaire, toutes relatives aux greffes, pour un montant de 4,6 M€ En revanche, des missions ont été ajoutées, le plus souvent pour des raisons d'affichage et non parce qu'il s'agissait de charges non affectables aux activités de soins rémunérées en tarifs. Jusqu'en 2008, il s'est agi des plans de santé publique financés par l'affectation d'une partie des mesures nouvelles (mesures « fléchées » selon la terminologie de la DHOS). Ces plans, en particulier le plan cancer, consomment près du tiers des mesures nouvelles attribuées à la dotation MIGAC qui les finance à hauteur de 46 % (62 % en 2007). En 2009 s'y ajoutent deux MIG dont les charges étaient jusque là financées par les tarifs : précarité et permanence des soins hospitalière.

b) De fortes variations régionales

Sans reprendre la distinction parfois faite, entre missions en lien direct ou non avec la population, les disparités globales sont résumées ci-dessous. Dans ce tableau, l'Ile de France et l'APHP sont isolées car atypiques. Le caractère parfois peu rationnel de la gestion de la dotation peut être mis en évidence avec l'exemple de la Corse : avec pourtant 0 en MERRI, la Corse obtient en effet un montant total de 88,92 € par habitant, soit un peu plus que la moyenne nationale.

Variations régionales de la dotation MIGAC en €par habitant

	MIG	MERRI	AC	Total
Moyenne (hors DOM et IdF)	26,87	31,16	29,65	87,68
Bornes	32,79 / 18,35	40,95 / 17,62	43,54 / 19,83	104,40 / 64,04
IdF sans APHP	10,35	11,90	24,87	47,12
IdF avec APHP	29,12	67,05	45,43	141,61

Source : Cour d'après informations de la DHOS

c) Une valorisation trop lente des missions énumérées dans la liste

Les nombreux travaux de modélisation et de normalisation des financements, seuls à même de réduire la disparité des coûts historiques qui servent actuellement de base aux dotations accordées, ont produit peu de résultats. Ils ont dans certains cas conclu à la difficulté de modéliser et

200. Qui représentent 2,5 Md€ en 2007 et +12,4 % de croissance annuelle moyenne.

n'ont abouti jusqu'ici que sur 16 missions seulement, dont les montants (environ 300 M€) ne représentaient que 12 % du montant total des missions listées en 2007²⁰¹. Les travaux se poursuivent sur les missions les plus coûteuses (SAMU, SMUR et actes hors nomenclature, soit environ 1 Md€). En outre, ces modèles de valorisation ne sont que proposés aux ARH qui ont loisir d'en faire usage non pour réduire leur dépense, mais pour la réallouer de façon utile. La DHOS indique que cette liberté devrait être plus encadrée en 2009.

d) Des premiers travaux sur les MERRI « fixes » (hors liste)

A partir de 2008, un travail d'ampleur a permis de modifier le calcul de la dotation qui finance les MERRI.

Pour les MERRI dites « fixes », hors liste, ce travail n'a conduit toutefois qu'à réallouer in fine 100 M€ sur un total d'environ 1 600 M€. L'essentiel du changement consiste à calculer désormais un peu plus de la moitié de cette dotation selon des critères de résultats répartis comme suit : 64 % pour le nombre de publications internationales au cours des cinq dernières années, 34 % pour le nombre d'étudiants, enfin 2 % pour le nombre de brevets, licences et contrats. En 2009, le critère d'études cliniques doit être ajouté.

Pour la partie restante du financement des MERRI hors liste, qui continue de rémunérer les moyens, les facteurs pris en compte sont plus affinés qu'auparavant et intègrent désormais une part importante des charges de personnels médicaux en MCO (25 % pour les CHU et 20 % pour les autres établissements).

4 – La reconstitution de marges de manœuvre à la main des ARH

Plus de 2 Md€ sont désormais consacrés à l'aide à la contractualisation (AC) entre les ARH et les établissements de santé. Octroyée en sus des recettes tarifaires qui rémunèrent les activités de soins et indépendante des activités d'enseignement, de recherche et d'intérêt général vues supra, cette dotation mérite une attention particulière puisqu'elle déroge a priori à la logique T2A du paiement à l'activité (de soins ou de service public). Elle connaît de plus la croissance la plus forte de toutes les composantes du système.

201. Les deux tiers de ces travaux se sont du reste concentrés sur deux missions (soins aux détenus et addictologie).

Ce problème concerne spécifiquement le secteur public, puisque les établissements privés n'ont reçu que 24 M€ d'AC en 2007. Dans le public, ces recettes ont représenté un surplus de +5,6 % par rapport à l'ODMCO réalisé en 2007.

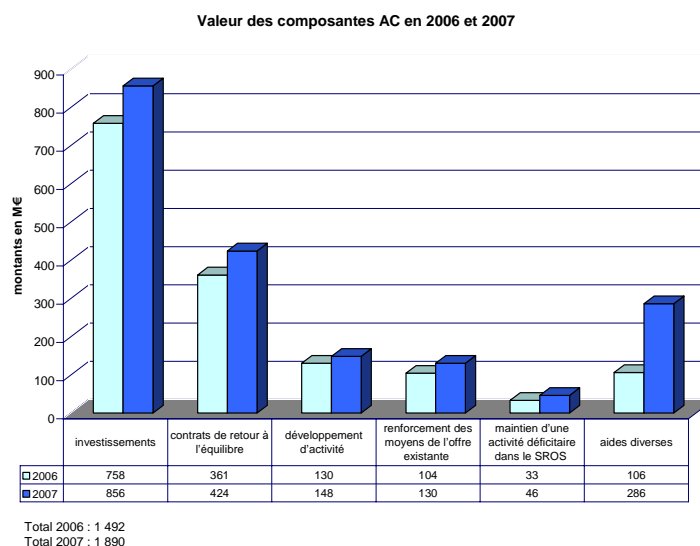
A partir de 2006, la DHOS a demandé aux ARH de rattacher les dotations AC aux six catégories détaillées ci-dessous.

Les six catégories d'AC

- développement de l'activité (aide au démarrage d'une activité ou aide au développement d'une activité déjà existante en attendant que les recettes tarifaires permettent à l'établissement de financer les charges afférentes) ;
- maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS III ;
- amélioration de l'offre existante (renforcement de moyens) ;
- restructurations et soutien aux établissements déficitaires (plan de retour à l'équilibre, aides aux restructurations...) ;
- aides à l'investissement ;
- aides diverses (compensation temporaire de l'effet revenu lié à un changement du modèle tarifaire, culture à l'hôpital, ...).

En termes de répartition, une part prépondérante est donnée aux investissements qui représentent en moyenne, plus de 50 % des crédits AC en 2006 et 45,2 % en 2007 avec, cependant, de très fortes disparités régionales (de 13,2 % en Franche-Comté à 69,1 % en Aquitaine). En revanche, le maintien d'une activité déficitaire en conformité avec le SROS, considéré par la Cour comme l'une des principales justifications de ces aides dans son rapport de 2006²⁰², ne consomme que 2 % des AC.

202. RALFSS 2006, chapitre précité, p. 153 à 202.



Source : Cour d'après les données des rapports au Parlement

Sur les 398 M€ des mesures nouvelles de la dotation AC 2007, près de la moitié a abondé la catégorie « aides diverses » (soit 180 M€) qui représente désormais plus de 15 % des AC. Elle atteint même 71 % de l'AC notifiée à l'AP-HP. Cette tendance, qui fait obstacle à la transparence et à l'évaluation de l'utilité économique des crédits alloués par les ARH, montre surtout une propension de ces dernières à se doter de marges de manœuvre destinées en priorité à apporter une aide financière temporaire aux établissements selon des critères non explicites.

La tutelle a encouragé progressivement cette expansion de la part AC qui dénature fondamentalement le modèle de la T2A. Elle a d'abord, décidé de maintenir en dotation le financement des charges dites de « fonctionnement de l'investissement » (amortissements et charges financières des emprunts), au lieu de les intégrer dans les coûts des GHM, considérant qu'il s'agissait d'engagements alors que les recettes tarifaires sont fonction de l'activité et donc en partie aléatoires²⁰³. En second lieu, elle a choisi de créer une articulation systématique entre financements AC

203. Dans la part AC consacrée aux investissements, les charges relatives au plan Hôpital 2007 ne représentaient que 376 M€ sur 856 M€ en 2007 en base. Le solde n'a pas été explicité.

et engagements des CPOM, quelle qu'en soit la destination²⁰⁴. Enfin, le ministère a préconisé aux ARH de financer des engagements de très courte durée (parfois même annuels) afin de fluidifier une masse financière contrainte et de se doter ainsi de marges de manœuvre.

*

* *

La fonction de la dotation nationale des MIGAC s'est clairement éloignée de sa vocation primitive, en particulier du fait de la dotation d'aide à la contractualisation, qui a augmenté en moyenne de +41 % par an et qui en représentait plus d'un tiers en 2007.

L'évolution quantitative et qualitative de cette dotation paraît ainsi avoir contrevenu aux deux principes directeurs de la réforme T2A, à savoir la dynamisation des établissements publics et l'élimination progressive des disparités historiques de financement des établissements en faisant converger leurs tarifs.

C – La convergence tarifaire intersectorielle reste incertaine

Les constats qui précèdent dessinent les contours d'un système de financement propre à chaque secteur, ce qui conduit à examiner la question de la convergence tarifaire intersectorielle sous un éclairage nouveau.

1 – Evolution du cadre législatif

En 2006, la Cour avait souligné les incertitudes s'attachant au scénario retenu, sur le sens et le niveau de la convergence recherchée. La référence visée pour la convergence pouvant être soit les tarifs moyens des deux secteurs confondus, soit les tarifs moyens ou les tarifs les plus bas d'un seul des deux secteurs. Elle s'interrogeait également sur la possibilité d'une telle convergence, quelle que fût sa cible, tant que les règles de financement appliquées dans chaque secteur demeuraient aussi différentes.

204. Dans l'intention légitime d'inclure les plans de retour à l'équilibre financier dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et de trouver une liaison juridique jusque là inexistante entre CPOM et contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) lancés en 2004, la LFSS de 2008 a prévu dans l'article L. 6114-2 du code de la santé publique un principe de financement par dotation AC de tous les engagements inclus dans les CPOM, quelle que soit leur nature.

Enfin et surtout se posait une question essentielle, relative à la signification du principe d'équité si souvent évoqué pour justifier la convergence intersectorielle. Deux acceptions de ce principe d'équité sont en effet envisageables :

- entre établissements (par disparition des inégalités historiques de ressources à considérer alors dans leur totalité) ;
- entre assurés (même niveau de reste à charge total).

2 – Un débat encore confus

Depuis 2005, la loi a partiellement clarifié le cadre de la convergence tarifaire intersectorielle en lui fixant une échéance et une cible (les tarifs des cliniques), tout en laissant la place à une différenciation possible dont les critères ne sont pas limitatifs.

Les dispositions successives relatives à la convergence tarifaire

L'exposé des motifs de la LFSS 2004 qui a posé le principe de la tarification à l'activité pour le champ MCO distinguait deux objectifs, l'harmonisation des règles de financement et la convergence des tarifs.

La LFSS 2005 (article 17) fixait un objectif de convergence, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs²⁰⁵ ; elle devait être atteinte en 2012 avec une étape intermédiaire en 2008, prévoyant une réduction de 50 % des écarts de tarifs.

La LFSS de 2008 a précisé que « (le) processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ». Sont ainsi expressément visés les tarifs des cliniques privées.

La loi HPST, dans son article 1^{er}, VI, 2^o, a enfin implicitement reporté le calendrier de cette convergence à 2018.

Pour autant, le débat semble s'être poursuivi à l'identique, sans grand progrès sur les principaux thèmes cernés dès le départ : la mesure des écarts entre les tarifs des seuls GHS et la mesure des écarts de coûts dus à la spécificité de chaque secteur (charges d'exploitation, en particulier de personnel, contenu de l'activité de soins et de service public, différences des populations accueillies).

205. Les motifs de différenciation des tarifs par catégories d'établissements au moment de leur fixation ne sont pas énumérés de manière limitative par l'article L. 162-20-10 du CSS (« chaque année l'Etat fixe (...) : 1^o Les tarifs nationaux (...) qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical »).

Certes, deux rapports sont venus en octobre 2008 alimenter le premier sujet : un rapport du Gouvernement au Parlement²⁰⁶ et une étude réalisée par la CNAMTS²⁰⁷. Faisant abstraction des incertitudes relevées par la Cour²⁰⁸, ces rapports mettent en exergue un élément de nature méthodologique : la mesure des écarts de tarifs varie de manière significative en fonction de l'activité de référence à laquelle on applique les tarifs de chaque secteur pour les comparer. Ainsi, selon l'ATIH, les tarifs du secteur privé sont inférieurs à ceux du secteur public de 37 % en 2008, quand ils sont appliqués à la structure d'activité du secteur public, de 25 % si l'on prend comme base de référence l'activité du secteur privé, enfin de 33 % si l'on retient la structure de la somme d'activité des deux secteurs.

La DHOS en tire deux conclusions :

- en premier lieu, qu'il y a eu convergence des tarifs malgré des hausses tarifaires identiques ;
- en second lieu, que la convergence doit consister à rapprocher les tarifs, mais pas nécessairement les activités.

Sur le premier point, l'analyse de la Cour a effectivement mis en évidence les nombreuses opérations qui peuvent conduire à diminuer l'écart entre les tarifs des GHS, en particulier le transfert en MIGAC de charges qui n'ont donc plus à être rémunérées en tarifs (transfert de charges de personnel lié à la nouvelle valorisation des MERRI en 2008 et à la PDSH en 2009, cf. supra). Cette « externalisation » progressive s'apparente, surtout dans le second cas, à une convergence en trompe-l'œil consistant à vider progressivement les tarifs de leur fonction et à réduire singulièrement le principe de rémunération forfaitaire au séjour.

Quant au second point, s'il est souhaitable en effet que la convergence ne conduise pas les établissements à produire la même activité de soins, ce qui serait contraire aux besoins de la population, il est alors sans doute illusoire de penser que la convergence tarifaire peut se mettre en place. En effet, les coûts de production ne peuvent pas être les mêmes selon qu'une activité est centrale ou marginale.

206. Rapport préparé par la DHOS et l'ATIH.

207. « Remboursement moyen de l'assurance maladie pour un séjour MCO standardisé ».

208. En particulier le fait, essentiel, qu'on ne sache pas précisément quel périmètre de charges les tarifs de GHS rémunèrent.

L'exemple des endoscopies digestives (thérapeutiques et diagnostiques avec et sans anesthésie)

En appliquant successivement les tarifs publics et les tarifs privés (auxquels sont ajoutés les honoraires facturés en soins de ville) à l'activité d'endoscopies digestives produite par les deux secteurs, on constate précisément que l'écart de tarifs est le même dans tous les cas de figure : le tarif moyen est supérieur d'environ 20 % dans le secteur public. Néanmoins, la lecture de l'échelle de coûts montre que, même avec ces tarifs supérieurs de 20 %, les établissements publics sont globalement déficitaires sur cette activité (tarifs inférieurs aux coûts).

Il est probable que la différence provienne de la place qu'occupe cette activité dans la production de soins de chacun des secteurs : elle représente 11,0 % de l'activité du secteur privé (1 million d'actes) et 1,6 % dans le secteur public (270 000 actes).

3 – La nouvelle classification des GHM : une avancée

La nouvelle classification des GHM (V11), mise en place en 2009, semble en mesure d'apporter une réponse concrète et juste à la différence si souvent évoquée de lourdeur des prises en charge à l'intérieur de GHM identiques. Cette différence ne renvoie d'ailleurs pas seulement au clivage entre établissements publics et privés, mais aussi à celui qui existe manifestement entre les établissements, en fonction de leur taille et de leur vocation.

La nouvelle classification a en effet pour objet principal de décliner systématiquement chaque racine de GHM en quatre niveaux de sévérité (d'où le passage de 950 GHS à 2 500). Elle devrait donc réduire le risque de déficit couru par les établissements qui prennent en charge les cas les plus lourds d'un GHM et, a contrario, priver les autres d'un effet d'aubaine. Néanmoins les effets concrets de cette nouvelle classification et des tarifs qui l'accompagnent sur les écarts tarifaires entre les deux secteurs d'établissements ne pourront être mesurés qu'ex post.

Mais dans ce contexte prometteur, la Cour regrette qu'ait été mis en œuvre en 2009 le transfert des tarifs GHS vers la dotation MIGAC, des charges affectables à la permanence des soins hospitalière, permettant ainsi de minorer artificiellement l'écart de tarifs entre les deux secteurs.

Enfin, si la nouvelle classification conduit à clarifier une partie du débat relatif à la convergence tarifaire intersectorielle, elle ne saurait de toute façon faire ignorer que celle-ci peut difficilement se concevoir tant que les actes des praticiens des cliniques seront rémunérés en honoraires hors GHS.

CONCLUSION

De grands espoirs sont placés dans la T2A et sa capacité à modifier en profondeur la gestion du secteur hospitalier. Le bilan réalisé par la Cour à mi-parcours montre pourtant que cet objectif n'a pas été atteint.

Certes, l'administration a dû faire face à de nombreuses difficultés :

- *la lourdeur sans doute mésestimée des travaux requis par le déploiement volontariste en 2005 d'un dispositif alors non finalisé ;*
- *les pressions fortes mais divergentes du Parlement et des fédérations d'établissements publics et privés ;*
- *l'absence d'une évaluation indépendante et experte des effets de la réforme à laquelle il semble absolument nécessaire de remédier.*

Cet environnement contraint l'a conduite à prioriser ses travaux de manière insuffisante, à introduire prématurément des changements sur des bases non finalisées, à éluder certains problèmes de fond tels que l'articulation entre secteurs public et privé, enfin à déconcentrer vers les ARH, peu outillées pour ce faire, le soin de concilier les inconciliables au sein des CPOM, dans une perspective d'optimisation quantitative, qualitative et financière de l'offre.

Les établissements, de ce fait, n'ont pas été véritablement mis en situation de jouer leur rôle de gestionnaires. La vie économique et financière des établissements a été largement soumise à des décisions découlant d'une gestion centrée sur l'évolution de l'ONDAM, restées opaques et aggravées par une politique de communication tardive en cours d'année et inadaptée. Ils n'ont dès lors été jusqu'ici que trop peu incités à rechercher les gains de productivité potentiels, pourtant déjà mis en évidence notamment par les audits d'organisation de la MEAH.

La T2A a néanmoins produit certains des effets attendus, à commencer par la convergence intrasectorielle ou l'accroissement de l'activité dans le secteur public. Les travaux de fond menés à bon terme, en particulier le financement plus efficient des MERRI et la nouvelle classification V11 des GHM, devraient contribuer à optimiser le dispositif dès 2009.

Aussi conviendrait-il de poursuivre en ce sens, d'une part en imposant un financement standardisé des MIG par ailleurs réduites, d'autre part en donnant une légitimité accrue au dispositif tarifaire lui-même, propice à l'efficiency micro-économique, ce qui passe à la fois par un affinement des ventilations analytiques et une explicitation de la doctrine relative à l'articulation entre les tarifs et les coûts.

Afin de préparer ces améliorations sereinement, il semble dès lors opportun de mettre fin, pendant une période d'au moins trois ans, aux ajustements incessants qui privent les établissements de toute visibilité.

Enfin, le modèle de financement cible doit être clarifié en tirant tous les enseignements des évolutions divergentes enregistrées entre secteurs public et privé : l'objectif d'unification tarifaire intersectorielle, d'ores et déjà reporté à 2018, devrait être réévalué en tenant compte de la question toujours ouverte de la rémunération des actes des praticiens du secteur privé en sus des GHS et hors de la T2A et à partir d'un bilan à établir de la nouvelle classification des GHM.

RECOMMANDATIONS

19. *Appliquer au ticket modérateur de l'activité externe (consultations, actes et forfaits associés) réalisée dans les deux secteurs d'établissements, le même taux que celui des soins de ville, à savoir 30 %.*

20. *A l'avenir, imposer un calendrier de notification précoce des mesures tarifaires permettant aux établissements d'anticiper leurs conséquences et de leur donner leur plein effet en termes d'organisation interne.*

21. *Stabiliser le dispositif actuel et donc conserver pendant au moins trois ans les règles mises en place en 2009, afin d'éviter aux établissements de subir de nouveaux bouleversements.*

22. *Utiliser cette période pour finaliser les travaux de fond, en particulier ceux relatifs :*

a) à la valorisation standardisée des MIG, afin de faire disparaître la valorisation des missions par les coûts historiques propres à chaque établissement ;

b) à la clarification du modèle de fixation des tarifs et à son application rigoureuse.
