

Chapitre VI

Le pilotage de la politique hospitalière

PRESENTATION

Les dépenses d'assurance maladie consacrées au secteur hospitalier représentent plus de 60 Md€ en 2005 soit 3,6 % du PIB et 43 % de l'ONDAM. Près de 10 millions de personnes effectuent chaque année un séjour dans un établissement hospitalier, soit 15% de la population¹²⁵.

Au cours des années 1990, de nombreuses réformes ont été mises en œuvre en vue d'adapter le processus de planification aux besoins de la population (création des schémas régionaux d'organisation sanitaire en 1991 -SROS-), de mettre en place au niveau régional un système de pilotage commun aux établissements publics et aux établissements privés à but lucratif (création des agences régionales de l'hospitalisation en 1996 – ARH-), de moderniser les méthodes et outils de mesure de l'activité du système hospitalier (utilisation du programme de médicalisation des systèmes d'information -PMSI-) et enfin de corriger les inégalités de dotation entre les établissements en prenant mieux en compte leur activité (introduction du système de péréquation des dotations en 1997).

Ces réformes que la Cour a analysées depuis 1999¹²⁶ ont eu un impact limité sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. L'élan créé par la mise en place des ARH a été freiné par les interventions croissantes d'un ministère qui, au niveau central, n'avait pas su suffisamment se réorganiser pour jouer un rôle plus stratégique et moins opérationnel.

Avec le lancement du plan hôpital 2007 en novembre 2002, les pouvoirs publics se sont proposés d'enclencher une nouvelle dynamique en donnant plus de responsabilités aux établissements de santé par un assouplissement des règles en matière de planification et de gouvernance et par l'introduction de modalités de financement nouvelles, liant davantage les recettes à l'activité. Après un rappel du contexte dans lequel ces réformes majeures sont intervenues, ce chapitre analyse les modalités de leur mise en œuvre et plus particulièrement, l'introduction de la tarification à l'activité (T2A), lancée en 2004 qui est la réforme actuellement la plus avancée de ce plan.

125. DREES, « Les établissements de santé, un panorama pour l'année 2003 ». Ces chiffres concernent les activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

126. Rapports de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1999, 2000, 2001 et 2002.

I - L'accroissement des disparités entre les secteurs hospitaliers depuis dix ans

La coexistence, dans le domaine hospitalier, d'un secteur public et d'un important secteur privé à but lucratif est une des particularités qui distinguent la France de pays comparables. Le secteur privé lucratif représente 20 % des capacités hospitalières françaises, ce qui est largement supérieur au taux des États Unis (environ 12 %), de l'Allemagne, de l'Autriche ou du Royaume Uni (environ 10 %) qui ont, en revanche, un secteur privé à but non lucratif important¹²⁷.

Depuis plus d'une dizaine d'années, l'évolution de ces deux secteurs s'inscrit dans des tendances lourdes dictées par l'évolution des techniques médicales, les contraintes budgétaires, la relative rigidité des structures publiques et l'encadrement du développement de l'offre sanitaire.

A – Une modification importante des capacités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

En 2004 les établissements de santé ont réalisé 23 millions de séjours, dont 15 millions en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), 5,5 millions en psychiatrie et 2,3 millions en soins de suite et réadaptation.

Entre 1992 et 2003, 20 % des capacités de MCO, soit près de 56 300 lits ont été supprimés. Cette diminution a peu modifié la répartition globale des lits entre les secteurs public et privé (75,2% et 24,8 %). Elle s'est accompagnée d'un développement rapide des structures ambulatoires qui permettent au patient de regagner son domicile le jour même où il a reçu les soins : l'augmentation du nombre de places¹²⁸ entre 1994 et 2003 a été de 40 %.

Ce redimensionnement de l'appareil de production hospitalier s'est accompagné d'une profonde restructuration des cliniques privées : près

127. En France, les établissements à but non lucratif (BNL) étaient, comme les hôpitaux publics, financés jusqu'en 2004 par une dotation globale (DG). Dans ce chapitre, hôpitaux publics et établissements BNL sont regroupés sous l'expression de secteur public. L'expression secteur privé désigne le secteur privé à but lucratif, c'est-à-dire les cliniques anciennement sous objectif quantifié national (OQN).

128. La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète est exprimée en places, l'unité retenue étant un patient par 24 heures (décret n° 95-993 du 28 août 1995).

d'un quart des établissements ont disparu entre 1992 et 2005¹²⁹, mais ce mouvement s'est traduit par une concentration des établissements. La proportion de cliniques ayant un chiffre d'affaires supérieur à 15 M€ est ainsi passé de 4 % en 1993 à 12 % en 2000¹³⁰. En 2006, certaines d'entre elles disposent, pour certaines disciplines, d'un plateau technique équivalent à celui de centres hospitalo-universitaires avec des types de prise en charge identiques.

Nombre de lits et places installés en MCO en 2004

Année 2004	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Total en MCO	165 263	9 629	60 566	8 756	225 829	18 385
Médecine	100 037	6 688	11 922	1 680	111 959	8 368
Chirurgie	49 732	2 031	42 031	7 055	91 763	9 086
Obstétrique	15 544	910	6 613	21	22 157	931

Source : DREES, *Etudes et résultats*, n° 456 décembre 2005

B – Des évolutions divergentes de l'activité entre les secteurs

L'activité MCO représente 66 % de l'activité totale des établissements. Cet ensemble correspond à 87 % de la totalité des séjours effectués en hospitalisation supérieure à 24 heures (dite hospitalisation complète) et à 47 % de ceux réalisés en hospitalisation de moins de 24 heures. Les séjours en MCO se répartissent de la manière suivante : dix millions en hospitalisation complète et cinq millions en ambulatoire.

1 – Une différenciation de plus en plus nette de l'activité

Le secteur public réalise les deux tiers de l'activité hospitalière totale pour l'hospitalisation complète et près de 51 % pour l'activité en ambulatoire.

La nature des prises en charge est très différente selon les secteurs. Le secteur public dispense les trois quarts des soins médicaux et réalise les deux tiers des accouchements, mais seulement un tiers de la chirurgie.

129. On dénombrait 1 216 cliniques en 1992 et 900 en 2005.

130. « Les cliniques privées d'hier à aujourd'hui ». Graphos UMR CNRS université Jean Moulin Lyon III.

Le secteur privé prend en charge près de 62 % de l'activité chirurgicale en hospitalisation complète et 75 % de celle en ambulatoire et seulement 30 % des accouchements.

Répartition des séjours entre le secteur public et le secteur privé selon le mode d'hospitalisation

2004 France métropolitaine	secteur public		secteur privé	
	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel	hospitalisation complète	hospitalisation à temps partiel
Médecine	80 %	62 %	20 %	38 %
Chirurgie	38 %	25 %	62 %	75 %
Obstétrique	71 %	75,3 %	29 %	24,7%
Total MCO	62 %		38 %	

Source : Cour des comptes à partir des données PMSI-MCO 2004.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète a notablement diminué entre 1998 et 2004 : elle est passée de 6,9 jours à 6 jours. Cette réduction est plus importante dans le secteur privé à but lucratif que dans le secteur public. Les établissements de santé publics ont une DMS plus longue en chirurgie (7,3 jours) et en médecine (6,6 jours) que le secteur privé à but lucratif (4,8 jours). Les DMS sont identiques en obstétrique (5 jours).

2 – La concentration de l'activité sur un petit nombre de pathologies

Les motifs de recours des patients à l'hospitalisation en MCO restent stables depuis 1998 : huit catégories majeures de diagnostic (CMD) sur les 27 existantes concentrent plus des deux tiers de l'ensemble de l'activité de MCO. Il s'agit de séjours se rapportant à des affections du tube digestif, à des affections et traumatismes de l'appareil musculo squelettique, à des affections de l'appareil circulatoire et aux accouchements.

Les séjours de MCO sont décrits à partir du PMSI qui repose sur deux constituants : un recueil par séjour d'informations médico-administratives peu nombreuses et une classification des séjours en groupes homogènes de ressources.

Les informations sont recueillies à la fin des séjours sur des résumés de sortie standardisés (RSS) et, en ce qui concerne la partie

médicale, comportent essentiellement le diagnostic principal et l'acte classant.

La classification, sur la base de ces informations considérées comme prédictives des coûts, regroupe statistiquement les séjours de manière à les rendre homogènes et à réduire leurs facteurs de variabilité. Ce sont les groupes homogènes de malades (GHM), agrégés en catégories majeures de diagnostic (CMD). Aux GHM correspondent des tarifs appelés groupes homogènes de séjours (GHS).

La classification française initialement fondée sur celle introduite aux Etats-Unis en 1983 (qui comportait environ 500 GHM), s'est développée à partir de 1986. Elle a connu huit versions avant l'introduction de la T2A en 2004, mais les modifications introduites en 2004 et en 2006 (versions 9 et 10) sont plus importantes que les précédentes qui s'apparentaient davantage à une maintenance technique. La V9 comportait environ 700 GHM et la V10 en distingue 778.

Si chacun des secteurs concentre son activité sur quelques GHM, on observe que les établissements de santé privés lucratifs ont une activité plus homogène. En 2004, 80 % de l'activité du secteur public est réalisée par 141 GHM contre 84 GHM pour les cliniques.

L'étude des GHM issue des données fournies par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH¹³¹) reflète la spécialisation du secteur privé lucratif. A titre d'exemple, en chirurgie ambulatoire, les cliniques réalisent 78 % des ligatures de veine, 80 % des opérations de la cataracte, 78 % des arthroscopies, 76 % des ablations des amygdales et/ou des végétations. En médecine, secteur public et secteur privé lucratif se partagent le traitement des pathologies cardiaques, notamment la cardiologie interventionnelle.

Le secteur de l'hospitalisation publique fait valoir qu'il traite à l'intérieur d'un même GHM des malades plus lourds et plus coûteux. C'est le cas notamment pour les prothèses de hanche où il prend en charge des personnes âgées, arrivées en urgence et ayant souvent plusieurs traumatismes. Le secteur de l'hospitalisation privée fait valoir, quant à lui, qu'il prend en charge 56 % des séjours lourds en chirurgie vasculaire, en uro-néphrologie et en gynécologie. Ce débat sur la sélection des patients est complexe et nécessiterait des études plus systématiques et complètes que celles, rares, actuellement disponibles. A titre d'exemple, une étude de l'ARH d'Ile-de-France en 2003 montre que les différences de productivité annuelle constatées entre les établissements ne s'expliquent pas toutes par des actes de chirurgie systématiquement plus lourds à l'hôpital : le coefficient moyen (KC) qui

131. Etablissement public administratif créé en 2000.

traduit la lourdeur des prises en charge est quasiment identique dans le secteur privé (89) et dans les établissements publics non CHU (85).

3 – Des disparités dans l'utilisation des ressources humaines

a) Les effectifs

En 2003 87 % du personnel non médical travaille dans les établissements publics et 13 % dans les établissements privés.

Le personnel des établissements de santé en 2003

Effectifs en 2003	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	Total
Personnel médical (en effectifs)	116 285	72,5 %	44 196	27,5 %	160 481	100 %
Personnel non médical (en ETP)	807 886	86,6 %	124 492	13,4 %	932 378	100 %

Source : DREES 2003. Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en France métropolitaine

Ces personnels ont beaucoup augmenté par rapport à 2001, première année de référence après la refonte de la SAE en 2000 (+4,9 %). Cette croissance est plus rapide dans les établissements publics (+5,2 %) que dans les établissements privés (+3,2 %). Elle prolonge une tendance ininterrompue depuis 1999 : environ 70 000 postes supplémentaires ont été créés entre 1999 et 2003¹³², ce qui représente une augmentation de plus de 7 %. Plus de 60 000 de ces emplois ont été créés dans les établissements publics, dont environ 38 800 postes¹³³ pour compenser la réduction du temps de travail, soit un peu plus que ce qui avait été annoncé (37 500).

Le secteur public emploie proportionnellement plus de personnel non médical que le secteur privé, qui emploie, pour sa part, proportionnellement plus de médecins.

132. Ces chiffres sont issus des comparaisons entre la SAE 1999 et la SAE 2003 et des commentaires faits par la DREES dans l'annexe A du PLFSS 2005.

133. Ce qui ne signifie pas qu'ils aient été tous pourvus.

Le personnel médical a augmenté de près de 2,1 % dans le secteur public entre 2001 et 2003 alors qu'il a diminué de 2,1 % dans les établissements privés.

Au total, le secteur public emploie 72,5 % des personnels médicaux et 86,6 % des personnels non médicaux pour réaliser près de 71 % de l'activité hospitalière (exprimée en entrées), toutes disciplines confondues.

b) La productivité

Les analyses de l'activité des établissements mettent en évidence des écarts de productivité entre les deux secteurs hospitaliers. Le rapport remis au ministre des solidarités et de la santé en avril 2006¹³⁴ montre que le nombre moyen d'interventions chirurgicales avec anesthésie par salle d'intervention varie fortement selon le statut des établissements : 559 à l'AP/HP de Paris, 638 pour les établissements publics hors AP/HP de Paris, 736 pour les établissements privé à but non lucratif, 1 039 pour le secteur privé¹³⁵.

De telles divergences existent aussi dans des activités récentes comme la radiothérapie dont le développement est une des priorités stratégiques du plan cancer. Ainsi un radio-physicien effectue en moyenne 7 000 séances annuelles dans un CHR contre 18 000 dans une clinique privée.

Si certains facteurs, comme la plus ou moins grande complexité des cas pris en charge, la nature programmable ou non de certains actes, l'âge du patient ou la topologie des lieux, doivent être pris en compte pour expliquer ces écarts, ils ne rendent pas compte de leur ampleur.

La mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)¹³⁶ a étudié en 2004 « la gestion et l'organisation des blocs opératoires » dans huit établissements (cinq publics, un privé à but non lucratif et deux privés à but lucratif). Elle montre que l'effectif moyen de personnels par intervention varie de 1 pour une clinique à 2,3 pour un établissement

134. « L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France ». Rapport du 3 avril 2006 au ministre de la santé.

135. Selon une étude plus ancienne (DREES) de 2002, le nombre d'interventions annuelles par salle de chirurgie variait de 1 245 dans les cliniques à 666 dans les centres hospitaliers et 660 dans les CHU.

136. Rapport publié en avril 2005.

public, la première réalisant 1,8 fois plus d'interventions¹³⁷. La comparaison des temps de présence montre que, sur les huit établissements, les équipes de l'établissement classé en tête passent 73 % de leur temps en salle d'opération et celles des moins performants 50 % : dans les deux cas il s'agit d'un hôpital public.

Une comparaison des établissements publics entre eux montre d'autres écarts : pour un même nombre d'interventions, l'un mobilise 10 % de moyens supplémentaires et son taux d'occupation des salles est de 56 % alors qu'il est de 68 % pour l'autre.

D'autres informations ont pu être rassemblées par les chambres régionales des comptes sur ce sujet¹³⁸. Elles ont également révélé des répartitions d'effectifs très inégales au regard de la charge de travail d'un établissement à l'autre, voire entre services au sein d'un même établissement. Les comparaisons effectuées en rapportant le nombre d'agents en 2002 à l'activité, mesurée en points ISA, montrent des écarts très sensibles dans la productivité des services. Ainsi en CHU, dans les services de dermatologie, le ratio peut varier de 1,69 agent pour 100 000 points ISA à l'AP de Marseille à 4,5 au CHU de Nancy. En chirurgie cardio-vasculaire, deux services d'un même établissement (AP de Marseille) ont respectivement un ratio variant du simple au triple (0,8 à 2,2 agents). La situation est tout aussi disparate dans les centres hospitaliers : ainsi en cardiologie, le ratio est de 1,39 au CH de Dax et de 2,44 au CH de Cambrai.

Ces travaux, encore limités, ont l'intérêt de montrer qu'il existe une marge de progression importante dans les deux secteurs, plus marquée dans le secteur public. Ils mettent en évidence l'importance des facteurs d'organisation dans l'utilisation des moyens humains affectés aux établissements qui représentent 70 % des dépenses hospitalières.

C – La réduction des disparités dans l'allocation des moyens : un échec relatif

Jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité, les modalités de financement des établissements de santé étaient différentes selon les

137. Cette étude confirme les conclusions d'une enquête effectuée en 2003 par l'ARH-IF sur les établissements hospitaliers franciliens. Cette enquête comparait les effectifs de personnels infirmiers par salles d'intervention chirurgicale : 3,6 pour les établissements BNL, 1,8 pour le secteur privé, 4,8 pour les hôpitaux publics hors AP-HP et 6,2 pour l'AP-HP.

138. Cf. le rapport public thématique de la Cour sur « Les personnels des établissements publics de santé », mai 2006.

secteurs : les établissements publics percevaient une dotation globale et les établissements privés lucratifs le remboursement de prestations hospitalières fondées sur des tarifs fixés par un accord national.

A partir de 1997, la réduction des écarts de dotations entre les régions et entre les établissements ainsi que la maîtrise des dépenses sont devenues des objectifs prioritaires. Un système de péréquation interrégional a été mis en place. Ses modalités consistaient à prélever des enveloppes financières sur les régions les mieux dotées pour les redistribuer aux régions apparaissant sous dotées. L'objectif était de faire converger le budget des établissements vers une dotation nationale cible.

1 – Le dispositif

Le calcul des dotations régionales était effectué par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Plusieurs indicateurs ont été utilisés pour procéder à cette péréquation régionale : le ratio de population hospitalisable et un indicateur de coût de production issu du PMSI (le point ISA) et limité aux disciplines de MCO ont été les premiers retenus. Un indice comparatif de mortalité et une prise en compte du flux des patients entre régions ont été rajoutés ultérieurement. Les dotations limitatives qui résultaient de ces calculs étaient notifiées aux ARH qui modulaient ensuite les budgets des établissements de leur ressort.

Une procédure d'inspiration similaire a été introduite dans le secteur privé à but lucratif.

2 – Les résultats

Mais, à partir de 2001, le desserrement de la contrainte budgétaire sur les hôpitaux (budget en hausse de 4,42 % contre 3,84 % auparavant) a consacré, selon la Cour, « l'échec relatif de la politique de maîtrise des dépenses, faute d'avoir mis en œuvre les réformes structurelles nécessaires »¹³⁹.

Ce constat a été confirmé par l'IGAS¹⁴⁰ qui a montré que les deux premières années il y a eu réduction effective des disparités interrégionales et que l'écart maximal entre dotations régionales est passé de 31,5 % à 24,3 %. Mais l'efficacité du dispositif s'est ensuite atténuée, notamment parce que la période de convergence, d'abord fixée à 17 ans

139. Cf. le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2001, p 80.

140. Mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées des dépenses hospitalières de juillet 2001 (IGAS).

(1997-2014), a été allongée à 30 ans (de 1999 à 2029) ce qui lui a fait perdre une grande partie de sa crédibilité.

L'échec de ce dispositif a accéléré le passage à la réforme de la tarification à l'activité. Toutefois, alors que cette réforme vise à terme une tarification nationale unique, aucun bilan des effets de la redistribution dans chacun des secteurs hospitaliers n'est disponible

II - Le plan hôpital 2007

Ce plan vise à alléger les contraintes imposées à l'hôpital public en matière de gestion de ses ressources humaines et financières afin qu'il s'adapte plus rapidement à l'évolution de son activité face au développement du secteur privé lucratif qui a la possibilité d'être plus réactif.

A – Les réformes envisagées

Le plan hôpital 2007 crée une rupture majeure dans les modalités de pilotage de la politique hospitalière :

- en remplaçant par la tarification à l'activité les deux modes de financement antérieurs : le budget global instauré en 1983 pour les établissements de santé publics, d'une part, et les remboursements des prestations hospitalières facturées par les cliniques, d'autre part. Cette réforme a pour objectif de fonder le financement des établissements sur l'activité produite et, d'ici 2012, de réduire les disparités d'allocation de ressources existantes par le biais d'une tarification nationale ;
- en transformant l'outil de planification sanitaire (cf. infra) favorisant les complémentarités et les collaborations entre les établissements (ordonnance du 4 septembre 2003). L'analyse de l'activité médicale des établissements est désormais la pièce maîtresse d'un dispositif construit auparavant sur des indicateurs qui prenaient surtout en compte les moyens de production ;
- en réformant l'organisation interne des établissements reposant sur une simplification de la gouvernance et une modification de leur régime budgétaire et financier (ordonnance du 2 mai 2005) ;
- en relançant l'investissement (6 Md€ en cinq ans) afin d'enrayer la dégradation de leur patrimoine immobilier et d'accélérer le processus d'informatisation des établissements.

B – Une organisation administrative insatisfaisante

La mise en œuvre du plan hôpital 2007 a nécessité une adaptation des moyens de l'administration. Celle-ci ne s'est pas faite au sein de la DHOS par aménagement de son organigramme et renforcement de ses effectifs, mais par la création de trois missions nationales dont le mode de financement, le rattachement administratif et la coordination avec la DHOS soulèvent plusieurs questions. Ces missions sont les suivantes :

- une mission opérationnelle pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité (MT2A) ;
- une mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) chargée d'accompagner techniquement le programme de rénovation du patrimoine hospitalier ;
- une mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble de l'activité des établissements de santé.

Ce dispositif a permis le démarrage de la réforme. Néanmoins, son organisation est critiquable.

Les moyens nécessaires à ces activités n'ont pas été dégagés sur le budget du ministère mais sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce fonds est alimenté par des dotations de l'assurance maladie destinées à aider les établissements hospitaliers à se réformer. Il n'a pas vocation à permettre à l'administration de l'Etat de se doter de moyens nouveaux. A compter de 2006, ces dotations du FMESPP sont incluses dans l'ONDAM, ce qui accroît le caractère inadapté de leur utilisation par l'Etat.

Ce mode de financement a induit un rattachement administratif original, dès lors que les crédits du fonds ne pouvaient être affectés au ministère. Ainsi, les missions ont été rattachées administrativement à l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France (ARH-IF) en contradiction manifeste avec le principe de spécialité¹⁴¹ des ARH. En effet, une ARH n'a pas vocation à assurer la gestion de missions qui participent à la conduite de politiques publiques nationales. Dans les faits, les missions nationales sont totalement indépendantes de l'ARH-IF. Une délégation de signature a été donnée aux trois directeurs de missions par

141. Selon l'article L. 6115-1 du code de la santé publique, « dans chaque région..., une agence régionale de l'hospitalisation a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de contrôler leur fonctionnement et de déterminer leurs ressources ».

le directeur de l'ARH-IF qui n'a pas connaissance des décisions prises. Les budgets des missions sont fixés par des arrêtés interministériels annuels et s'imposent à l'agence. De plus, l'ambiguïté du statut des missions a suscité des incertitudes sur les règles juridiques appliquées par les missions pour la justification de leurs dépenses. Cela déséquilibre totalement la structure financière de l'ARH, car le montant total des crédits alloués à ces missions (plus de 31 M€ en 2005) est plus de dix fois supérieur à son budget propre (2,42 M€).

Le positionnement de ces missions nationales directement auprès du ministre¹⁴² les soustrayait à l'autorité de la DHOS et posait un problème de pilotage par l'administration centrale pourtant responsable de la mise en œuvre du plan hôpital 2007. La MT2A a en effet été créée par un arrêté du 20 novembre 2002 pour l'expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité. Or, aux termes de l'article R. 1421-2 du code de la santé publique, c'est la DHOS qui doit assurer « la conception, la mise en œuvre et le suivi des règles de tarification et de régulation financière des établissements de santé publics et privés ».

Depuis une lettre ministérielle du 28 octobre 2003, les responsables des missions doivent rendre compte de leurs actions au directeur de la DHOS et élaborer leur programme de travail avec lui. Cependant, l'ambiguïté du positionnement des missions fait encore obstacle, surtout pour deux d'entre elles, à l'instauration de relations juridiquement bien définies.

- la MT2A : un partage des rôles diffus

Placée auprès du ministre de la santé, la MT2A a été conçue comme un pôle de décision et de déploiement de la tarification à l'activité des établissements. Elle devait remplir la fonction à la fois de concepteur et de maître d'ouvrage de la réforme. Elle partage dans les faits cette responsabilité avec la DHOS, leur rôle respectif n'étant pas clairement distingué (voir infra).

- la MEAH : un rôle à définir

Le rôle de la MEAH n'est pas perçu de la même façon par la mission elle-même et par la DHOS.

L'objectif des travaux de la mission est d'améliorer, grâce à une réforme de l'organisation interne des établissements de santé, à la fois l'efficacité économique des établissements de santé, la qualité du service rendu au patient et les conditions de travail des personnels.

142. L'article 23 de la LFSS pour 2003 dispose que les trois missions sont placées auprès du ministre chargé de la santé et précise les modalités de leur financement.

Cependant la MEAH entend travailler de façon indépendante de l'administration centrale et conduire ses études avec un nombre limité d'établissements volontaires. La DHOS souhaite au contraire que la mission devienne un véritable opérateur de la direction, chargé notamment du développement du contrôle de gestion de l'ensemble des établissements, à l'échelle nationale.

Cette confusion sur le rôle de la MEAH s'est manifestée à l'occasion de la politique de réforme des achats hospitaliers. L'administration centrale a utilisé les résultats de l'étude de la MEAH sur le montant des économies réalisables pour fixer des objectifs nationaux, alors même que ces résultats reposaient sur quelques établissements non représentatifs et qu'ils n'étaient pas généralisables à l'ensemble des établissements.

- la MAINH : un éclatement des compétences préjudiciable au pilotage

La création de la MAINH a instauré un partage des compétences en matière de conduite des investissements immobiliers hospitaliers. La mission est chargée d'accompagner la rénovation du patrimoine relevant du plan hôpital 2007. Les autres investissements immobiliers hospitaliers sont toujours suivis par la DHOS.

Ce partage des compétences se traduit au niveau local par la coexistence de deux réseaux parallèles d'experts placés après des ARH, mais dirigés respectivement par l'administration centrale et la mission de façon encore peu coordonnée : la DHOS anime le réseau des ingénieurs régionaux de l'équipement et la MAINH celui des chargés de mission régionaux.

L'éclatement des responsabilités entre la DHOS et la MAINH concerne également les systèmes d'information hospitaliers. Par arrêté ministériel du 1^{er} juillet 2005, la MAINH accompagne, en étroite relation avec la DHOS, pour une durée de trois ans, l'adaptation des systèmes d'information hospitaliers nécessaires à la mise en place de trois réformes prioritaires (dossier médical personnel, tarification à l'activité, réforme de l'assurance maladie).

En l'absence de définition claire des relations entre la DHOS et la mission, cette dispersion des responsabilités complique les processus de décision et affecte l'efficacité et la cohérence d'ensemble de l'action de l'administration centrale.

III - Les nouvelles modalités du pilotage de l'offre de soins

Le dispositif de planification de l'offre sanitaire fait l'objet d'une transformation profonde dans le cadre du plan hôpital 2007. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a supprimé la carte sanitaire critiquée par la Cour dans son rapport sur la sécurité sociale de 2002 ainsi que les notions d'indices de lits et d'équipements qui lui étaient associées. Elle fait du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) arrêté par le directeur de l'ARH un support essentiel de la répartition de l'offre de soins comme de sa régulation. Cet accroissement des compétences des ARH s'accompagne d'une contractualisation avec la DHOS.

A – La réforme de l'outil de planification : les SROS de troisième génération

Les schémas d'organisation sanitaire deviennent l'outil de prévision, de restructuration et de coordination de l'offre globale de soins préventifs, curatifs et palliatifs destiné à répondre aux besoins de santé tant physique que mentale.

1 – Une responsabilité confiée aux ARH

La région constitue le cadre de doit commun pour l'élaboration des schémas. Le SROS de troisième génération a pour objet de prévoir les évolutions de l'offre de soins par « territoire de santé » (notion qui se substitue à celle de « secteur sanitaire »).

Ces nouveaux SROS créent 153 territoires de santé métropolitains qui sont substitués aux 146 secteurs sanitaires qui existaient précédemment. Rompant, dans la plupart des cas, avec le découpage administratif antérieur, les territoires de santé tiennent, généralement, compte des pratiques observées en matière de déplacements entre le domicile et l'établissement de santé des patients hospitalisés tels que décrits par le PMSI.

Le SROS comporte une annexe opposable qui précise d'une part les « objectifs quantifiés de l'offre de soins » par activité et par équipement, y compris sous forme d'alternatives à l'hospitalisation et, d'autre part, les évolutions nécessaires à la réalisation de ces objectifs (coopération entre établissements, regroupement, suppressions d'activités). La liste des 16 matières (activités de soins et équipements

lourds) devant impérativement figurer dans ces schémas est définie réglementairement¹⁴³.

Les demandes d'autorisation initiales ou de renouvellement sont subordonnées à leur compatibilité avec le SROS et sont assorties de l'obligation de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (cf. infra).

La suppression de la carte sanitaire fait place à une période transitoire pendant laquelle les autorisations existantes relatives à des installations (lits et place) sont converties en autorisations d'activités de soins. Cette opération dite de « transmutation¹⁴⁴ » nécessite une adaptation importante du dispositif de recueil et de suivi statistique des autorisations. D'autre part, la parution des décrets relatifs notamment au traitement du cancer ou aux activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie, postérieure à la publication des SROS, est de nature à alourdir le travail des ARH qui gèrent le renouvellement de ces autorisations.

Les ambitions portées par les SROS de troisième génération, la déconcentration des autorisations comme la concordance de temps (cinq ans) entre la durée de celles-ci et celles des SROS font désormais des AHR l'acteur pivot pour la partie de l'organisation de l'offre de soins qui peut être planifiée.

2 – Une élaboration concertée

La mise au point des SROS III s'est avérée plus longue qu'initialement prévue puisque leur date limite de publication a été reportée au 31 mars 2006. Ces délais ont été nécessaires à la DHOS pour encadrer la procédure (rédaction de circulaires explicitant la démarche, organisation de formations et mise à disposition d'outils méthodologiques au profit des ARH). Ils sont aussi la conséquence de la large concertation conduite au plan local. L'élargissement de la composition des instances consultatives à l'ensemble des acteurs de santé y compris les professionnels libéraux, aux élus et usagers des territoires concernés

143. L'arrêté du 27 avril 2004 fixe la liste des matières (activités de soins et équipements matériels lourds) devant figurer impérativement dans les SROS. Les activités de soins sont au nombre de seize dont la médecine, la chirurgie, la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie, les soins de suite, etc. Les équipements lourds sont au nombre de cinq.

144. Circulaire DHOS du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation.

comme la création d'un niveau régional de concertation en santé mentale a permis au plus grand nombre de partenaires de s'exprimer et de s'approprier les enjeux de cette démarche de planification.

Les choix d'organisation ainsi élaborés reçoivent une traduction chiffrée au travers des objectifs quantifiés de l'offre de soins.

3 – La création des objectifs quantifiés opposables

Ces objectifs sont établis par territoires de santé, par activité de soins et par équipement lourd. Ils sont conçus selon trois dimensions complémentaires : un maillage et une gradation des activités de santé sur le territoire, une organisation de l'accessibilité aux activités de soins et une définition pour chaque territoire de santé de volumes d'activité. Ces volumes d'activités sont encadrés par des valeurs minimales et maximales. Ils sont exprimés selon les cas en nombre de séjours, en nombre de venues, de journées, d'actes ou de patients.

Ces références opposables constituent un outil plus souple que la carte sanitaire. La planification ne porte plus sur la structure de production (le lit) mais sur l'activité produite qui donne lieu à rémunération directe lorsqu'elle relève du champ de la tarification à l'activité.

De ce fait, la DHOS a invité les ARH à veiller à la cohérence de leurs objectifs quantifiés avec l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Ce dispositif suppose toutefois des systèmes d'information réactifs et fiables. C'est le cas pour le secteur MCO grâce au PMSI. Il n'en va pas de même pour d'autres disciplines telles que les SSR ou la psychiatrie pour lesquelles les données d'activité sont produites moins rapidement par la SAE.

Pour conforter cette intention de régulation financière, le champ des objectifs quantifiés a été progressivement élargi. Le décret du 31 janvier 2005 les liait aux seules activités et équipements soumis à autorisation. Ce texte adapté et codifié par le décret du 20 juillet 2005, doit faire l'objet d'une modification supplémentaire pour conforter juridiquement l'option prise par les ARH d'inclure dans le champ des objectifs quantifiés des filières ou thèmes qui ne sont pas soumis à autorisation.

B – La contribution des SROS à la régulation des dépenses d’assurance maladie

Les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM) constituent, avec la politique de recomposition, les instruments majeurs de l’organisation des soins et de la régulation financière. Ils devront être complétés par un suivi régulier des conditions de leur mise en œuvre.

1 – Les opérations de recomposition

A priori, les ARH sont réservées sur leur capacités à générer des économies à partir des opérations de recomposition et de restructuration prévues dans les SROS III. Leur objectif premier a été l’efficacité des soins et l’adéquation entre l’offre et la demande dans un contexte d’augmentation de la population dans certaines régions et de son vieillissement au niveau national. Si les SROS peuvent servir de levier pour rationaliser les dépenses en limitant les autorisations de création d’activités, les répercussions financières de ces opérations n’apparaîtront toutefois qu’à moyen ou long terme. C’est dans ce contexte que la DHOS procède actuellement au chiffrage prévisionnel des SROS.

2 – Les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens

Les CPOM déterminent des orientations stratégiques propres à chaque structure et déclinent les objectifs quantifiés de l’offre de soins qui leur sont attachés. La conclusion d’un CPOM avec l’ARH s’impose à tous les titulaires d’autorisation et non plus seulement aux seuls établissements de santé¹⁴⁵. La négociation contractuelle doit être achevée un an après la publication des SROS, soit le 31 mars 2007.

Les objectifs fixés à la date de signature du contrat ne doivent pas atteindre la valeur maximale de la fourchette prévue dans le SROS afin de permettre des évolutions ultérieures et d’assurer la cohérence avec la progression des dépenses d’assurance maladie.

La force de ce dispositif tient au fait que non seulement toute autorisation accordée est accompagnée de la signature obligatoire d’un contrat mais également que des pénalités seront applicables en cas de non respect des engagements pris. Néanmoins, le décret qui doit mettre en place le dispositif n’est pas encore publié en raison des problèmes de faisabilité et d’acceptabilité qu’il pose. Ces éléments conduisent à

145. Une obligation identique existait déjà pour les contrats d’objectifs et de moyens prévus par les premiers SROS. En 2004, seul un tiers des contrats avait été signé.

s'interroger sur la capacité de l'administration à achever ces travaux dans les délais impartis¹⁴⁶.

3 – Les dispositifs de suivi

La DHOS n'était pas parvenue à mettre en place un dispositif de suivi global des SROS II. Le très important travail de définition des indicateurs de suivi de ces SROS n'a pu être concrétisé. Seules des enquêtes particulières aux thèmes obligatoires (périnatalité, urgences et cancérologie) ont permis de suivre leur mise en œuvre. La réflexion s'est poursuivie dans le cadre de l'élaboration des contrats entre l'Etat et les ARH. La DHOS estime que la conception des SROS III rend indispensable la mise à disposition d'un outil de suivi complet et automatisé de l'organisation des soins. Elle ne le possède toutefois pas.

Par la circulaire précitée du 27 mai 2005, la DHOS a demandé aux ARH de mettre en place un dispositif de suivi des objectifs quantifiés tant en ce qui concerne la répartition des activités et des équipements lourds que leur accessibilité et les volumes réalisés.

C – Les nouveaux outils de pilotage de la politique hospitalière

En 2003, le ministre a demandé au directeur de la DHOS d'engager une démarche de contractualisation entre l'Etat et les ARH, de manière à évoluer vers un modèle de pilotage s'appuyant sur des objectifs fixés par l'administration centrale auxquels sont adossés des indicateurs de performance.

Le dispositif retenu est constitué de plusieurs instruments étroitement liés.

1 – Le contrat d'objectifs entre la DHOS et l'ARH

Le dispositif a d'abord été expérimenté avec cinq ARH volontaires (Bourgogne, Bretagne, Limousin, Lorraine et PACA). Les contrats

146. Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2002, la Cour indiquait, à propos des premiers contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements, que « le diagnostic approfondi réalisé sur l'activité aussi bien que sur l'organisation et le fonctionnement médical, voire la situation et la gestion financière, nécessite souvent plusieurs mois avant même d'engager, dans le cadre de la négociation du contrat, les discussions sur les objectifs et les moyens à mettre en œuvre », p. 310.

expérimentaux comportent au maximum douze objectifs, six objectifs nationaux et entre quatre et six objectifs spécifiques à la région, déterminés sur la base d'un diagnostic régional.

a) Les objectifs et les contrats expérimentaux

Les objectifs généraux nationaux inclus dans les contrats expérimentaux concernent tant le développement de la chirurgie ambulatoire que la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, l'optimisation du temps de travail médical dans les établissements de santé, le développement de la qualité des soins et de la gestion coordonnée des risques, la surveillance des équilibres financiers des établissements en tarification à l'activité et enfin le suivi des recompositions, du développement des réseaux et de l'évaluation de la mise en œuvre des pôles de santé publics/privés sur les bassins de santé comprenant moins de 100 000 habitants.

S'agissant des objectifs régionaux, ils sont sélectionnés en fonction du diagnostic, lequel identifie les points forts et les progrès à réaliser. Dans le contrat avec l'ARH de Bretagne, par exemple, les objectifs à contractualiser portent sur les urgences, la psychiatrie, le développement des soins palliatifs, la structuration de l'aval des soins aigus et la contractualisation avec les établissements de santé.

b) La gestion du dispositif

Alors que dans le cadre d'une mission de conseil et d'appui, l'IGAS avait recommandé la signature de contrats à titre expérimental pour une durée d'un an, afin de pouvoir les évaluer à l'issue de cette période, cette recommandation n'a pas été suivie : les cinq contrats ont été signés pour une période de trois ans (2005-2008), leur évaluation prévue au second semestre 2006 s'effectuera alors que la généralisation de la démarche sera totalement achevée. Ainsi la première année d'expérimentation ne permettra pas de vérifier, comme prévu, la pertinence de la méthode, ainsi que la capacité de la DHOS à exploiter les informations obtenues dans le cadre de cette démarche.

c) Le suivi : le tableau de bord "PRODIGE"

Le tableau de bord PRODIGE (pilotage régional opérationnel et dialogue de gestion) est un outil composé de 55 indicateurs, dont la finalité est de disposer de données d'activité régionale quantifiées et d'en structurer la remontée et l'analyse.

La première version de PRODIGE, mise en œuvre en octobre 2005, comprend 45 indicateurs immédiatement accessibles. Parmi eux, une dizaine seront intégrés en routine dans la statistique d'activité des établissements (SAE) 2006, les autres nécessiteront une enquête ad hoc des ARH auprès des établissements de santé. Les dix indicateurs non immédiatement accessibles dans les établissements de santé seront construits à compter de 2007.

2 – Le dialogue de gestion annuel

Au cours du dialogue de gestion annuel, l'ARH présente les modalités du plan d'action mis en œuvre, les moyens mobilisés, le résultat chiffré pour le ou les indicateurs adossés et, le cas échéant, l'écart entre la valeur cible et la valeur atteinte avec, en cas d'écart, l'analyse des causes du dérapage.

L'instrument de contractualisation étant totalement déconnecté de l'attribution de moyens accordés aux ARH, le non respect des engagements contractuels n'a donc aucun impact dans ce domaine. A contrario, le dépassement des objectifs n'est assorti d'aucune contrepartie ou incitation, sauf dans le cadre de la détermination du montant de la rémunération du directeur de l'ARH en fonction des résultats obtenus.

*

* *

Les SROS dits de troisième génération, qui sont entrés en vigueur en mars 2006, ont l'ambition de mieux articuler l'évolution de l'offre de soins aux besoins de santé des territoires.

Deux difficultés, l'une conjoncturelle, l'autre structurelle doivent être relevées. L'extrême difficulté prévisible de tenir le calendrier retenu, notamment en raison d'une période transitoire complexe à gérer pour les ARH, risque de retarder les avantages attendus de la réforme. Surtout, l'ambition de confier aux SROS un objectif de régulation des dépenses, au travers des objectifs quantifiés déclinés dans chaque établissement, pose le problème de l'articulation de cette réforme avec la T2A (cf. infra).

IV - La réforme du financement des établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A)

La réforme introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2004 a pour objectif de fonder le financement des

établissements sur l'activité produite et de mettre fin aux deux modes de financement antérieurs.

Elle s'applique aux établissements de santé, quel que soit leur statut juridique (public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif), dans les disciplines de court séjour (MCO). Les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie demeurent soumises aux dispositifs antérieurs d'allocation de ressources : dotation globale pour le secteur public ou remboursement des prestations d'hospitalisation (prix de journée et forfaits) facturées par le secteur privé lucratif.

Ainsi trois modes de financement coexistent au lieu de deux précédemment et les dépenses d'assurance maladie correspondantes sont comptabilisées depuis 2005 dans quatre lignes spécifiques à l'intérieur de l'ONDAM :

- la ligne ODMCO (objectif de dépenses MCO) et la ligne des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) concernent indifféremment les secteurs public et privé pour les activités relevant du nouveau dispositif ;
- l'ODAM (objectif des dépenses d'assurance maladie) et l'OQN (objectif quantifié national) concernent respectivement le secteur public et le secteur privé pour les activités ne relevant pas de la T2A.

Impact différent de la réforme sur chacun des secteurs

Compte tenu de la spécialisation entre le secteur public et le secteur privé lucratif, la réforme a davantage d'impact sur ce dernier : 64 % des lits contre 46 %, 85 % des places contre 24 %, 88 % de l'activité produite contre 42 % (hospitalisations complètes et partielles confondues). De même, au plan financier, le nouveau dispositif s'applique à 73,4 % des dépenses d'assurance maladie consacrées à l'ensemble des établissements (44 Md€ sur 60 Md€ dans l'ONDAM 2005¹⁴⁷) : soit 83,8 % des dépenses du secteur privé lucratif et 71,2 % de celles du secteur anciennement sous budget global.

A – Le nouveau dispositif financier

1 – Un ensemble nécessairement complexe

Le nouveau dispositif répond à l'objectif affiché de médicalisation du système de financement : une grande partie de l'allocation de ressources se fonde désormais sur l'activité de soins produite et décrite

147. 45,9 Md€ sur 63,8 Md€ en 2006, soit 71,9 %.

dans le PMSI. Les séjours sont classés en groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent des tarifs ou groupes homogènes de séjours (GHS).

Le principe de la tarification en GHS est de forfaitiser les dépenses afférentes à un séjour, ce qui allie deux avantages : rémunérer les établissements en fonction de l'activité effectivement réalisée et contenir les dépenses occasionnées par chaque prise en charge. Le tarif ne rémunère en effet pas les coûts réellement engagés pour chaque séjour mais est fixé ex ante pour chaque groupe de séjours à partir de caractéristiques prédictives et classantes : d'où sa qualification de « paiement prospectif ».

Toutefois, comme dans les pays étrangers¹⁴⁸ qui ont choisi d'introduire une tarification à l'activité, le nouveau dispositif ne se limite pas à la fixation des GHS. Cet élément certes central ne peut rendre compte de la totalité de l'activité hospitalière et s'insère dans un ensemble complexe permettant de financer également :

- les missions d'intérêt général, indépendantes de l'activité de soins ;
- les facteurs d'hétérogénéité éliminés des tarifs nationaux des GHS. En premier lieu, cela concerne des soins nécessaires à certains patients, mais non systématiquement liés au groupe homogène de séjour auquel ils ressortissent : sont ainsi rémunérés hors GHS des suppléments de réanimation, des extrêmes¹⁴⁹, des produits facturés en sus (certains dispositifs médicaux implantables¹⁵⁰ -DMI- et molécules onéreuses MO) ou des séances (radiothérapie, dialyse). Il s'agit en deuxième lieu, de prendre en compte les disparités structurelles de coûts résultant de la géographie (coûts de l'immobilier et de la main d'œuvre) traduites en coefficients ;

148. Une vingtaine de pays (dont la majorité est située en Europe de l'Ouest, mais qui comprend aussi les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon), pour certains depuis une dizaine d'années, pour d'autres très récemment, comme la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

149. C'est-à-dire le paiement des séjours dont la durée se situe en deçà ou au-delà de bornes inférieures et supérieures fixées par GHM. Par exemple, pour une appendicectomie sans complication pour une personne de moins de 70 ans (tarif de 2518,45 € en 2005 dans le secteur public), la durée moyenne de séjour est de 4,24 jours. Il n'y a pas de borne basse et la borne haute est fixée à 14 jours. Toute journée supplémentaire au-delà du 14^{ème} jour est facturée selon un tarif de 466,41 €

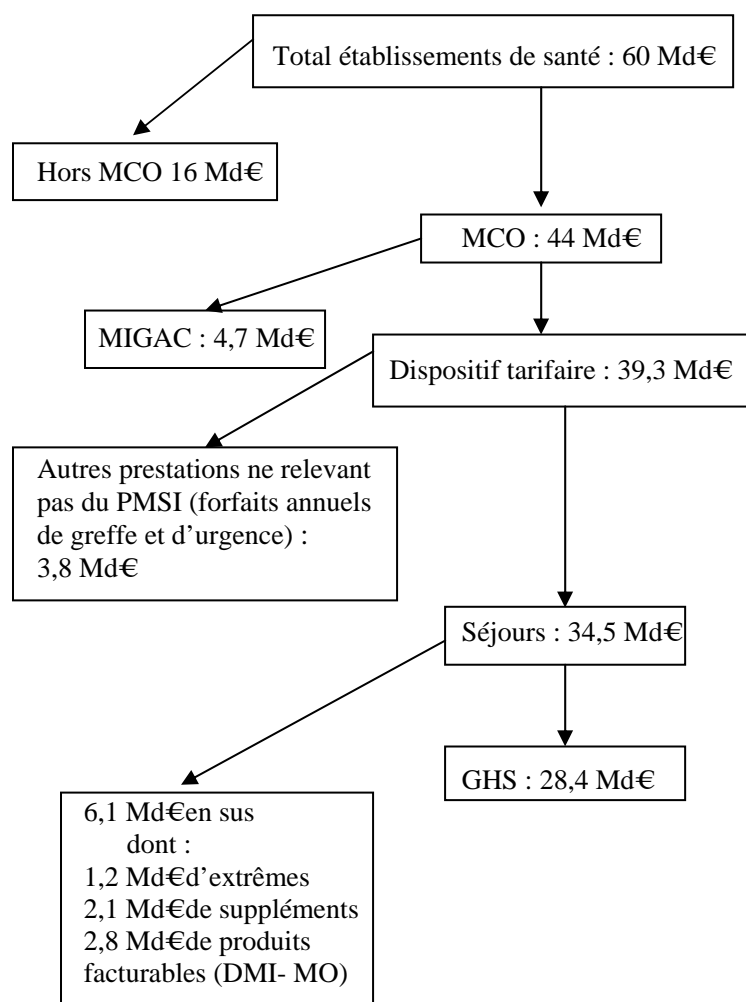
150. Telles que des prothèses de hanche ou cardiaques.

- les activités de soins ne relevant pas du PMSI comme les urgences, les greffes ou l'hospitalisation à domicile, rémunérées par des tarifs et/ou des forfaits annuels spécifiques.

2 – Les composantes

Les différentes composantes du dispositif de la T2A se répartissent, dans l'objectif arrêté pour 2005¹⁵¹, de la manière suivante :

151. Les montants présentés dans le schéma ont été estimés par la Cour en appliquant aux enveloppes fixées par les arrêtés du 9 mai 2005 la répartition en sous-ensemble que la DHOS a communiquée en pourcentage.



La tarification en GHS stricto sensu ne devait donc représenter, en 2005 que 64,6 % de l'objectif MCO (44 Md€) et 47,3 % de l'objectif total des dépenses des établissements de santé (60 Md€).

a) Les MIGAC

Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'une dotation nationale fixée par arrêté, puis répartie entre établissements : en 2005, la DHOS a procédé directement à la première répartition entre établissements, après propositions des ARH. Elles concernent tous les établissements publics et privés mais ont, en

pratique, un impact financier plus important sur les CHR-U et les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Le montant 2005 des MIGAC, fixé avant mesures nouvelles à 4 317 M€ est divisé en trois blocs¹⁵² :

- les missions d'enseignement, recherche, référence, recours et innovation (MERRI) pour 2 277 M€ dont une partie (1 637 M€) est forfaitaire et le reste calculé à partir des coûts déclarés par les établissements ;
- les missions d'intérêt général (MIG) pour 1 510 M€;
- l'aide à la contractualisation (AC) qui accompagne les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (enveloppe théoriquement réservée à la mise en oeuvre des SROS et non au financement d'activités), pour 530 M€

Après fixation de la dotation précitée, les MIGAC ont fait l'objet d'une définition juridique et d'une liste (arrêté du 12 avril 2005) qui ne couvre que 44 % de la dotation nationale et fixe quatre rubriques :

- les MERRI hors partie forfaitaire ;
- la participation aux actions de santé publique (dont les SAMU et les SMUR) ;
- les soins dispensés à des populations spécifiques par des structures telles que celles qui sont aujourd'hui consacrées aux détenus ;
- la participation à la définition et à la mise en oeuvre de la politique hospitalière (comme, par exemple, la participation d'un établissement à l'élaboration de l'échelle nationale de coûts).

La première rubrique concerne ainsi une partie des MERRI et les trois dernières l'ensemble des MIG. Cette définition est provisoire, comme l'indiquait l'avis de décembre 2004 du conseil de l'hospitalisation. Elle appelle les critiques suivantes :

- elle fait financer par des dotations des activités de production de soins (urgences pour 674 M€ et mesures fléchées relatives aux plans de santé publique) qui devraient pouvoir relever de la tarification ;
- elle comporte un risque de dérapage financier dans la mesure où les actes hors nomenclature ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux implantables sous autorisation temporaire d'utilisation

152. Le montants mentionné ici, figurant dans la note de la MT2A d'avril 2005, concerne la base publique avant mesures nouvelles et non la dotation finale arrêtée à 4 657 M€

(ATU) imputés dans la partie non forfaitaire des MERRI pour 248 M€ peuvent offrir aux établissements et aux industriels une échappatoire aux contraintes de la tarification ;

- elle accueille des financements résiduels dus au mode de calcul des tarifs nationaux (un montant de 310 M€ finance des frais de structures des établissements lorsque ceux-ci sont supérieurs au taux forfaitaire de 5 % retenu dans les tarifs) ;
- la dotation AC devrait être isolée et clairement définie, de façon à éviter qu'elle ne serve à compenser les baisses de recettes de certains établissements.

b) La tarification nationale

Les prises en charge réalisées en établissement sont complexes par nature et la classification en GHM en rend difficilement compte. Aussi la tarification a-t-elle tendance à se sophistiquer avec le temps selon deux modes principaux constatés dans tous les pays qui pratiquent la tarification à l'activité : d'une part en augmentant le nombre de GHM ou, ce qui revient au même, en introduisant plusieurs niveaux tarifaires pour un même GHM, d'autre part en externalisant, hors du forfait, des dépenses considérées comme porteuses d'une variabilité trop importante dans les GHM.

Un juste équilibre doit être trouvé entre une tarification trop rudimentaire incitant les établissements à sélectionner les patients et une tarification trop segmentée ne les incitant pas à réaliser les efforts de productivité attendus.

En France, deux nouvelles versions de la classification ont augmenté le nombre de GHM en 2004 et 2006. Par ailleurs, les tarifs des GHS sont complétés par des tarifs facultatifs tels que les suppléments de réanimation, les séances (radiothérapie par exemple) et les extrêmes. Enfin, certains produits consommables sont sortis des GHS et facturés à l'assurance maladie au prix d'achat : il s'agit de dispositifs médicaux implantables et molécules onéreuses (DMI-MO), caractérisés notamment par un coût très élevé ou une fréquence faible, inscrits sur une liste (article L. 162-22-7 du CSS).

L'importance des dépenses hors tarifs forfaitaires et l'augmentation des MIGAC ont entraîné en 2005 une diminution de

8,5 %¹⁵³ de la valeur des tarifs forfaitaires au séjour et une réduction de la part de ces derniers dans le budget MCO de 72,4 % à 63,9 %.

Il serait souhaitable d'éviter un éclatement des tarifs forfaitaires par une segmentation des GHM et une externalisation des charges excessives. En ce qui concerne les produits facturables en sus, dont le coût financier est important (2,8 Md€ en objectif 2005, en probable dépassement¹⁵⁴), un recours systématique à des référentiels élaborés par la haute autorité de la santé (HAS) permettrait d'en resserrer la liste.

Par ailleurs, les modifications de la classification et des règles tarifaires devraient reposer sur des procédures définissant leur périodicité, les critères de déclenchement et de responsabilité et faire l'objet d'une documentation claire.

c) Les coefficients géographiques

La tarification à l'activité est modulée par des coefficients correcteurs géographiques qui ont vocation à rendre compte « des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans une zone géographique considérée ». Ils sont fixés chaque année par le pouvoir réglementaire¹⁵⁵.

Identiques dans les deux secteurs public et privé, les coefficients retenus ne reflètent pas la réalité des disparités de coûts constatées dans les études réalisées, lesquelles étaient fondées pour la métropole sur l'exploitation des transactions immobilières notariales, habitat compris. Exclusivement supérieurs à 1, ils ne bénéficient qu'à la seule région Ile-de-France, en dehors de la Corse et des DOM, alors que certaines régions comme PACA, enregistrent dans le secteur privé des surcoûts réels du même ordre d'importance. Les coefficients fixés pour 2005 et non

153. Ces chiffres figurent dans la note de la MT2A d'avril 2005 précitée relative au calcul des tarifs en 2005. Les évaluations sont réalisées sur une base de 577 établissements publics qui seule permet de comparer finement les exercices 2004 et 2005.

154. Les réalisations estimées en juin 2006 par la commission des comptes de la sécurité sociale montrent un dépassement de 7,4 % dans le secteur public. Ces données ne sont pas disponibles dans le secteur privé (cf. partie I, chapitre I, D).

155. Les coefficients géographiques ne s'appliquent pas à toutes les composantes de la T2A : en sont exclus les MIGAC valorisées à partir des coûts constatés, incluant de facto les éventuels surcoûts géographiques, les produits facturés en sus (DMI et MO) dépendant des prix de vente des fabricants, enfin l'ensemble des consultations et actes externes du secteur public facturés selon les tarifs nationaux des nomenclatures.

modifiés en 2006 sont les suivants : 7 % en Ile-de-France ¹⁵⁶, 5 % en Corse, 25 % aux Antilles et en Guyane et 30 % à la Réunion (arrêté du 30 juin 2005).

Le financement des coefficients géographiques qui représentent un montant d'environ 600 M€ (dont 100 M€ pour le secteur privé) est imputé sur l'enveloppe tarifaire destinée à la totalité des établissements au moment du calcul des tarifs nationaux. L'Ile-de-France (dont la valeur moyenne du point ISA avant la réforme était supérieure à la moyenne nationale de 16 % dans le public et 11 % dans le privé) consomme près de 70 % de ce financement.

Il conviendrait que cette démarche, à l'impact financier important, repose sur des travaux complets (et non fondés sur les seuls coûts de l'immobilier), périodiques et documentés.

3 – La valorisation initiale

Le basculement dans le nouveau dispositif d'allocation de ressources suppose que soit fixée la valeur initiale des diverses composantes de la T2A, amenées ensuite à évoluer annuellement en fonction de l'ONDAM. Les méthodes employées ont été conçues pour maintenir constante l'enveloppe des dépenses d'assurance maladie nationale consacrée aux activités de court séjour et se sont traduites par un exercice de redéploiement des masses financières historiques selon une démarche spécifique à chaque secteur.

a) Dans le secteur privé

Les MIGAC

Les MIGAC y tiennent une place mineure. Lors du cadrage des objectifs pour 2005, la dotation MIGAC a été estimée a priori à 14 M€ (dont 3,7 M€ en mesures fléchées affectés au plan cancer) et préemptée en totalité sur les mesures nouvelles du secteur (dont elles représentaient 0,7 %) et ce, avant que la DHOS ne dispose des déclarations réalisées par les 252 établissements concernés et contrôlées par les ARH pour un montant de 20 M€. Une partie de l'écart entre la dotation notifiée et le montant déclaré a été prélevée sur la dotation MIGAC du secteur public.

156. En 2004, la petite couronne bénéficiait d'un coefficient propre de 10 %.

Les tarifs

Le besoin de disposer d'un échantillon représentatif d'établissements sur lequel calculer les coûts de production des GHM a été exprimé dans les rapports auxquels les deux expérimentations d'une tarification à la pathologie ont donné lieu (1995 et 2002)¹⁵⁷. A la fin de 2005, cette base de référence n'existait toujours pas¹⁵⁸.

Les tarifs nationaux appliqués au démarrage de la réforme le 1^{er} mars 2005 (parus au journal officiel du 2 août 2005) ont donc été calculés à partir de la totalité des factures présentées au remboursement en 2002, actualisées en fonction des hausses tarifaires ultérieures.

Ces anciennes factures (« bordereaux 615 »), produites par patient pris en charge, comprenaient trois ensembles indépendants : les prestations hospitalières remboursées aux établissements (comprenant, en simplifiant, le prix de journée, les forfaits techniques et le forfait pharmacie), la totalité des dispositifs médicaux et les molécules anticancéreuses utilisées en chimiothérapie ambulatoire refacturées aux caisses au prix d'achat, enfin les honoraires des praticiens libéraux, des auxiliaires médicaux hors infirmières et des actes de biologie remboursés aux professionnels et comptabilisés dans l'objectif des soins de ville de l'ONDAM.

Les nouveaux tarifs excluent (comme les anciens) ce dernier ensemble qui représentait 23,2 % du total remboursé aux cliniques en 2004 (régime général, toutes disciplines confondues).

Pour l'avenir, une base fiable de coûts par GHM calculée sur un échantillon représentatif d'établissements et régulièrement actualisée devrait être mise en place dans le secteur privé. Dès maintenant cependant, les modalités de passage des tarifs calculés sur la base des factures à ceux calculés sur la base des coûts constatés devraient être définies et expliquées aux établissements.

Le redéploiement qui a conduit à la fixation des tarifs nationaux n'a cependant pas été opéré sur la totalité des dépenses d'assurance maladie : 200 M€⁵⁹ en ont été déduits pour maintenir le dispositif, très

157. Expérimentation Languedoc-Roussillon démarrée en 1992 et expérimentation définie par la loi CMU de 1999.

158. Une étude a été commandée à un cabinet privé au printemps 2005 qui doit procéder au retraitement des données comptables de 2004 dans 51 établissements volontaires : l'utilisation qui sera faite des coûts par GHM ainsi recueillis n'est cependant pas clairement définie.

159. Soit 2,5 % de l'ODMCO du secteur fixé à 8 190 M€ et 2,9 % du montant de 6 844 M€ consacré aux tarifs en 2005.

discutable en l'occurrence, des suppléments de recettes globales journalières dont bénéficiaient 387 établissements au titre du « classement » de lits en soins particulièrement coûteux de chirurgie (SPC), défini en 1978 (annexe A de l'arrêté du 19 juin 1978)¹⁶⁰.

Il serait souhaitable que les suppléments de recettes SPC disparaissent en 2007 avec la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui permettront d'appliquer la réglementation de 2002 relative à l'activité de réanimation et celle des suppléments tarifaires fixés depuis 2005 dans le cadre de la T2A.

Au total, dans le secteur privé lucratif, les montants fixés en 2005 étaient les suivants : 14 M€ de dotation MIGAC, 60 M€ de forfaits annuels, 1 286 M€ de DMI-MO et 6 844 M€ de tarifs GHS et compléments.

b) Dans le secteur public

Les MIGAC

La dotation des MIGAC a été arrêtée à 4 657 M€ en 2005. Antérieurement, elle ne comportait que le financement forfaitaire des MERRI, fixé à 13 % du budget MCO des CHRU et CLCC.

Depuis 2005 elle comprend plusieurs éléments :

- d'une part, les MERRI bénéficient désormais de deux financements complémentaires : un financement forfaitaire (différent de celui mentionné ci-dessus) auquel s'ajoute un financement variable.

Le nouveau mode de financement des MERRI en 2005 a entraîné une forte augmentation

Le financement forfaitaire des MERRI, fixé en 2004 à 13 % du budget MCO pour tous les CHR-U et CLCC, a fait l'objet d'une modification importante en 2005. En fonction des activités décrites par les établissements, des taux différenciés leur ont été appliqués : pour les CHR-U, ces taux ont été de 10,5 %, 12 % ou 13,5 % et pour les CLCC de 8 %, 11 % ou 13,5 %.

Par ailleurs, un financement variable y a été ajouté. Celui-ci est calculé en fonction des missions figurant dans la liste mentionnée supra

¹⁶⁰. L'octroi de ces suppléments a été historiquement très variable d'une région à l'autre (certaines n'en ont pas obtenus comme la Picardie, d'autres les ont accordés à la quasi-totalité des cliniques comme la Bourgogne) et d'un établissement à l'autre (entre 1 % et 25 % de supplément de recettes).

que l'établissement déclare exercer et qu'il valorise à partir de ses coûts constatés.

Cependant, pour modérer les effets de ce nouveau mode de valorisation et éviter de trop fortes variations, le financement total des MERRI (forfaitaire et variable) rapporté au budget MCO des établissements a été encadré par un taux plancher (12 %) et des taux plafonds (16 % et 20 %).

Au total, en ajoutant les deux types de financement, les CHR-U ont bénéficié d'un financement des MERRI équivalent à 15,7% de leur budget MCO (environ 2 Md€ pour 31 établissements dont l'AP-HP) et à 17,7% pour les CLCC (environ 138 M€ pour 20 établissements).

Pour prendre le cas de l'AP-HP la dotation initiale au titre de recherche et de l'enseignement représentait un montant d'environ 468 M€ début 2004 (soit 13 % du budget MCO). La mise en place sur deux ans des MIGAC a conduit à une dotation pour 2005 de 838 M€ qui se décompose en 676 M€ de MERRI et en 162 M€ de MIGAC, soit un supplément total de 370 M€

On peut observer que la perte de recettes liée à l'application à 100 % de la T2A, qui doit s'opérer d'ici 2012, a été évaluée en 2004 à 420 M€ sans coefficient géographique et à 350 M€ avec coefficient géographique.

- d'autre part, le reste de la dotation MIGAC a été calculé pour tous les établissements sur la base de leurs déclarations contrôlées par l'ARH et corrigées par la DHOS : coûts historiques issus de leurs retraitements comptables 2003 appliqués aux missions retenues dans la liste.

La valorisation de la dotation MIGAC ainsi conçue a conduit à une augmentation de 28 % de 2004 à 2005 (base publique avant mesures nouvelles de 2005). Il serait souhaitable que cette approche à la fois forfaitaire et historique soit progressivement remplacée par une méthodologie reposant notamment sur une définition de coûts standards¹⁶¹.

Les tarifs

Contrairement au secteur privé lucratif, le secteur public dispose depuis 1992 d'un échantillon d'établissements dans lesquels s'élabore une échelle nationale de coûts (ENC) des GHM, placée sous la responsabilité de l'ATIH. Cependant les tarifs forfaitaires nationaux fixés

161 . Cette préconisation figurait déjà dans le rapport sur l'expérimentation Languedoc-Roussillon de 1995 et dans le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1997.

en 2004 et recalculés en 2005 ne sont pas le résultat immédiat des coûts moyens constatés dans l'ENC.

La méthode a comporté en réalité trois étapes : d'abord le calcul des coûts complets par GHM, ensuite le calcul des « pré-tarifs » par redistribution de ces coûts complets entre les tarifs forfaitaires par séjour (GHS) et les autres éléments de rémunération (DMI-MO, extrêmes, suppléments...), enfin le calcul des tarifs nationaux.

Les deux premières étapes ont été réalisées sur la base des données d'un nombre limité d'établissements volontaires constituant un échantillon statistiquement non représentatif (ils étaient 22 en 1992 et 58 en 2004) et selon des méthodes de comptabilité analytique définies par l'ATIH mais insuffisamment contraignantes pour garantir l'homogénéité des traitements dans les différents établissements. Ainsi, selon les GHM, la part de charges totales imputées directement au séjour varie entre 5 % et 93 %¹⁶², le principal défaut de la démarche étant l'imputation indirecte des charges de personnel à la journée, alors que des méthodes analytiques d'imputation directe des charges en soins par séjour sont disponibles, fondées sur des outils de recueil spécifique.

La troisième étape a eu pour objet de calculer les tarifs nationaux en ajustant les pré-tarifs issus de l'échantillon à la fois à l'enveloppe budgétaire nationale des dépenses MCO et à la structure nationale de la production de soins.

Toutefois, ce n'est pas la totalité de l'enveloppe budgétaire MCO qui a été retenue pour calculer les tarifs nationaux mais l'enveloppe diminuée de la dotation MIGAC et des différentes contributions spécifiques hors tarifs forfaitaires par séjour. Autrement dit, l'augmentation importante en 2005 des montants ainsi soustraits a fait baisser mécaniquement les tarifs qui avaient été calculés en 2004 : globalement la base MCO a augmenté de 3,7 % en 2005, mais la base affectée aux divers tarifs a baissé de 2,8 % ; cette baisse a elle-même résulté d'une

162. La majeure partie des charges résulte de produits consommables et de dépenses de personnel. Les produits consommables comme les médicaments ou les dispositifs médicaux ne sont pas, dans tous les cas, directement rattachés à chaque patient et donc à chaque séjour particulier. Concernant les charges de personnel, elles sont sommées par service, divisées par le nombre total de journées qui y sont réalisées. Les charges de personnel de chaque GHM sont alors valorisées en multipliant sa durée moyenne de séjour par le coût moyen de personnel du service ce qui conduit à ignorer la variation souvent importante de charges en soins selon les séjours : ainsi un séjour bref comporte généralement des journées au cours desquelles la charge en soins est plus importante qu'au cours d'un séjour long.

diminution de 8,5 % des tarifs des GHS proprement dits et d'une augmentation de 100 % des divers tarifs complémentaires.

La Cour regrette que la méthode de valorisation des éléments de financement ait pour conséquence d'introduire une forte déconnexion entre les coûts constatés et les tarifs fixés, lesquels constituent une variable d'ajustement, dénuée de lisibilité et de sens pour les établissements.

Au total, dans le secteur public, les montants fixés en objectif 2005 étaient les suivants : 4 657 M€ de dotation MIGAC, 790 M€ de forfaits annuels, 1 562 M€ de DMI-MO et 28 774 M€ de tarifs GHS et compléments.

B – L'économie générale de la réforme

Outre l'objectif de médicalisation du financement, le second objectif affiché de la réforme est celui « d'équité de traitement entre les établissements ». Il vise la réduction des fortes disparités de ressources dont bénéficient les établissements de santé pour produire la même activité de soins et qui résultent principalement des dispositifs antérieurs de financement : bien qu'opposés dans leur logique -dotation globale de moyens d'un côté, paiement à la prestation de l'autre- les modes d'allocation de ressources des secteurs public et privé lucratif ont eu pour résultat similaire de créer et de figer des rentes de situation à l'intérieur de chaque secteur et de maintenir un écart supposé très significatif entre les deux secteurs.

1 – Les deux objectifs de convergence

La réduction des disparités doit s'obtenir par un mécanisme de convergence vers des tarifs nationaux calculés sur la moyenne constatée. Deux dispositifs concomitants concourent à cette réduction : la convergence propre à chaque secteur (ou intrasectorielle) déjà entrée en vigueur et la convergence intersectorielle tendant à appliquer à terme une seule grille tarifaire à l'ensemble des établissements de santé.

a) La convergence intrasectorielle

La convergence ne s'applique qu'à une sous-partie de l'enveloppe MCO, c'est-à-dire à l'enveloppe diminuée des MIGAC, des dépenses de produits facturables en sus et des forfaits annuels versés sous forme de

dotation. Elle est fondée sur l'échelle tarifaire établie dans chaque secteur selon les méthodes de valorisation différentes examinées supra.

Les mécanismes de progressivité

Prévue pour s'achever en 2012 et atteindre 50 % de réalisation à mi-parcours en 2008, la convergence s'opère progressivement par deux mécanismes différents selon le secteur considéré.

Dans le secteur privé lucratif, habitué à facturer aux caisses d'assurance maladie les séjours individuels des patients, les nouveaux tarifs nationaux qui s'appliquent à la totalité de l'activité produite sont modulés par un coefficient de transition propre à chaque établissement : celui-ci, inférieur ou supérieur à 1, permet d'étaler sur 7 ans l'écart de recettes calculé en appliquant à l'activité produite en 2002 les anciens et les nouveaux tarifs.

Dans le secteur anciennement sous dotation globale, le mécanisme (article 33-V-A de la LFSS 2004) est différent et peu compréhensible.

« Les prestations d'hospitalisation dispensées aux assurés sociaux dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1° de l'article L 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont prises en charge sur la base des deux éléments suivants :

1° Une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation fixé en application des dispositions du 1° du I de l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré correspondant à cette fraction ;

2° Une dotation annuelle complémentaire déterminée dans les conditions prévues au D du présent V.

La fraction mentionnée au 1° est fixée par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L 162-22-10 du même code et ne peut être inférieure à 50 % en 2008 ».

Cette fraction, fixée chaque année par le pouvoir réglementaire, est cependant devenue l'objet d'un débat annuel au Parlement, généralement au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Mal comprise, elle est interprétée le plus souvent comme étant la part d'activité de soins facturée par les établissements. Mais les mécanismes mis en œuvre sont plus compliqués.

En 2004 et 2005, l'application de la fraction (10 % en 2004, 25 % en 2005) a donné lieu aux calculs suivants : dans chaque établissement, le budget total MCO issu des retraitements comptables a été calculé, puis

diminué des MIGAC, des dépenses de produits facturables en sus et de forfaits annuels versés sous forme de dotation, afin d'obtenir une sous enveloppe supposée correspondre à l'activité relevant de tarifs (GHS ou tarifs supplémentaires).

C'est à cette sous-enveloppe qu'a ensuite été appliqué un taux de part « historique » (de 90 % en 2004 puis de 75 % en 2005) qui a permis de calculer la dotation annuelle complémentaire (DAC). Dans le même temps, l'activité produite et relevant des tarifs a été facturée en totalité par les établissements, mais les versements correspondants dus par l'assurance maladie ont été calculés en appliquant à cette activité facturée les tarifs nationaux réduits à 10 % en 2004 et 25 % en 2005. A cette occasion, la DHOS a fait bénéficier les deux constituants (DAC et activité facturée) du même taux d'évolution.

En revanche, en 2006, si l'activité doit être facturée sur la base de 35 % des tarifs nationaux (fraction fixée pour cet exercice), la DAC a été calculée de manière différente, par minoration du montant de la DAC de 2005 ($DAC\ 2005 / 0,75 \times 0,65$), sans tenir compte des nombreux facteurs qui ont fait bouger la part relative des divers éléments de financement dans le budget MCO (notamment forte augmentation des MIGAC et des DMI-MO). Pour 2006, la DHOS a fait bénéficier les deux constituants de taux d'évolution différenciés (-0,72% et +3,24%).

Poids des diverses recettes fixé dans l'objectif du secteur public

	Objectif 2005		Objectif 2006	
MIGAC	4 657 M€	13,0 %	5 619	15,0 %
DMI-MO	1 562 M€	4,4 %	1 898	5,0 %
Forfaits	790 M€	2,2 %	879	2,4 %
Activités relevant de tarifs	28 774 M€	80,4 %	29 003	77,6 %
<i>dont DAC</i>	21 815 M€	61,0 %	18 311	49,0 %
<i>dont recettes facturées</i>	6 959 M€	19,4 %	10 692	28,6 %
Total	35 783 M€	100 %	37 399	100%

Source : DHOS

Ainsi en 2005, la fraction de 25 % correspond en réalité à une part de 19,4 % du financement MCO. Pour 2006 la fraction de 35 % correspond à une part de 28,6 %.

La différence de mécanismes de progressivité entre les deux secteurs n'est pas neutre : alors que l'évolution du volume d'activité est

totale prise en compte dans les recettes des établissements privés, elle est limitée à la « fraction » réellement facturée dans le secteur public.

L'évaluation des effets redistributifs

La convergence vers des tarifs nationaux moyens induit, dans chaque secteur pris séparément, une redistribution financière entre les établissements considérés comme antérieurement sous dotés et « gagnants » et ceux considérés comme antérieurement sur dotés et « perdants ». L'évaluation de ces transferts doit permettre d'apprécier la faisabilité économique du processus mis en œuvre.

Les montants en jeu

Pour chaque secteur pris séparément¹⁶³, les montants financiers en jeu sont les suivants :

- dans le secteur des établissements ex DG, la redistribution à la moyenne porte sur 1,19 Md€ prélevés sur les établissements surdotés (42 % des établissements, -7,2 % de leur budget initial) et réaffectés aux établissements sous dotés (58 % des établissements, +7,8 % de leur budget initial) ;

- dans le secteur des établissements ex OQN, la redistribution à la moyenne porte sur 137 M€ prélevés sur les établissements surdotés (55 % des établissements, -4,7 % de leurs recettes initiales) et réaffectés aux établissements sous dotés (45 % des établissements, +7,8 % de leur budget initial).

Dans le secteur public, il y a plus de gagnants que de perdants, au contraire du secteur privé, mais les écarts y sont plus importants : 57,4 % des établissements se situent à + ou -10 % de la référence, alors que 87,9 % des établissements ex OQN se situent dans cette fourchette. Aussi l'effort exigé des établissements publics surdotés est-il supérieur : 17,5 % des établissements publics sur dotés connaissent une baisse annuelle supérieure à 2,3 % et seulement 3,4 % des établissements ex OQN.

Il convient de souligner enfin que cette évaluation ne prend en compte ni les modifications très importantes intervenues en 2005 dans la

163. L'évaluation porte sur 577 établissements ex DG sur 660 concernés par la réforme et sur 1 196 établissements ex OQN sur 1 210. Réalisée par la DHOS et reprise dans les travaux récents du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette évaluation a consisté à calculer les recettes des établissements avant et après réforme appliquée à 100 %. Mais celle-ci se fonde sur la structure d'activité des établissements constatée en 2002 et ne tient pas compte des modifications importantes intervenues dans la définition même des tarifs, des produits facturables en sus et des dotations MIGAC en 2005.

définition des enveloppes (MIGAC et DMI-MO) et les tarifs eux-mêmes, ni les évolutions de la structure d'activité, facteurs qui ont vraisemblablement transformé la donne de manière significative pour nombre d'établissements.

b) La convergence intersectorielle

L'exposé des motifs de la LFSS 2004 introduisait un objectif de « convergence des modalités de financement et des tarifs à une échéance de 10 ans » mais celui-ci n'était pas défini dans la loi.

Cet objectif a été précisé dans la LFSS pour 2005 et voté sous la forme suivante : « Pour les années 2005 à 2012 (...), les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b, et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008 ».

La mise en œuvre de la convergence intersectorielle, enfermée dans un calendrier très contraint, n'est cependant pas définie dans ses principes essentiels : amplitude de l'écart à réduire, définition du périmètre des tarifs à faire converger, sens de la convergence (vers les tarifs les plus bas, moyens ou les plus hauts). En outre, cette convergence a ignoré jusqu'à présent un aspect essentiel de la question, à savoir la composition des recettes globales des établissements et la participation effective de l'assuré, différente dans les deux secteurs.

Fin 2004, trois scénarios théoriques avaient été soumis au ministre par la DHOS sur la base d'un écart chiffré de 40 %¹⁶⁴ :

- convergence des tarifs du secteur privé lucratif vers les tarifs du public (surcoût pour l'assurance maladie estimé à 4,7 Md€) ;

164. Le chiffrage de cet écart est devenu une préoccupation dès l'expérimentation conduite en Languedoc-Roussillon en 1995, mais faute d'étude approfondie, celui-ci varie selon les documents. Quand le Parlement a voté une convergence intersectorielle à 100 % en 2012 (LFSS 2005), le chiffrage réalisé par la DHOS mentionnait un surcoût de 40 % des établissements publics (le niveau moyen des tarifs du secteur privé se situe à 60 lorsque celui des tarifs du secteur public est à 100). Un rapport de l'IGAS (n° 2006-009) mentionne un surcoût de 45 % et, dans l'hypothèse de simulation retenue par le HCAAM, le surcoût est de 20 %.

- convergence de chaque secteur vers la moyenne (redistribution estimée à 3,7 Md€ se traduisant par une hausse tarifaire de 69 % pour le secteur privé et une baisse de 15 % pour le secteur public),
- convergence apparente consistant à aligner les tarifs du secteur public sur ceux du privé et à compenser la baisse de recettes correspondantes par le versement d'une enveloppe complémentaire de 9,3 Md€ intégrée ou non dans les MIGAC.

Il a été décidé en 2005, conformément à la recommandation du conseil de l'hospitalisation, de faire converger les deux secteurs vers la moyenne par différenciation de leurs hausses tarifaires respectives : en conséquence un transfert de 35 M€ a été réalisé du secteur public vers le secteur privé produisant un écart des hausses tarifaires de 1,29 % (et même de 1,71 % compte tenu des mesures tarifaires fléchées du privé) en faveur du secteur privé.

Bien que le Parlement ait confirmé le calendrier voté en décembre 2004 lors du vote de la LFSS 2006, à savoir l'objectif de 50 % de convergence en 2008, le ministre a décidé une pause dans cette convergence pour la campagne 2006 afin que les points d'ancrage de la démarche puissent être préalablement tranchés. Dans cette optique, le HCAAM et l'IGAS ont été sollicités pour proposer des scénarios de mise en œuvre¹⁶⁵.

Leurs constats communs mettent en exergue deux séries de difficultés méthodologiques importantes : l'hétérogénéité des méthodes de valorisation des tarifs (calculés en coûts et en tarifs d'une part, incluant les charges de personnel et excluant les honoraires libéraux d'autre part) ; les disparités insuffisamment analysées des deux secteurs qui ne délivrent pas exactement les mêmes prestations et sont soumis à des contraintes de gestion différentes (coût du travail et qualification des personnels notamment).

Dans les deux cas, le principe d'une convergence vers les tarifs des établissements les plus performants -et non à la moyenne- est préconisé.

La Cour partage ce diagnostic soulignant les difficultés méthodologiques de la convergence et l'actuelle carence d'informations objectives sur les disparités des deux secteurs.

Elle estime, pour sa part, que l'objectif de convergence intersectorielle ne pourrait être atteint que si les conditions suivantes étaient réunies :

165. Rapport IGAS (n° 2006-009) et avis du HCAAM du 23 mars 2006.

- la convergence doit s'opérer vers les tarifs des établissements les plus performants et non vers une moyenne constatée comme cela est le cas dans la démarche de convergence intrasectorielle et comme cela a été mis en œuvre en 2005 ;
- elle doit s'appliquer à des tarifs uniques complets, incluant en particulier l'ensemble des charges de personnel ou d'honoraires, à l'exception des produits facturables en sus ;
- elle doit s'appliquer à des tarifs homogènes, ce qui nécessite que soient préalablement éliminés les facteurs éventuels de disparité tenant à la nature des prestations délivrées par chacun des secteurs.

La réalisation de ces trois conditions suppose des décisions particulièrement lourdes de conséquences.

Les principes de la convergence intersectorielle ainsi définis devraient en conséquence être rapidement explicités et faire l'objet d'une large communication aux organisations professionnelles des différents secteurs. Une telle démarche est incompatible avec le calendrier actuellement prévu par la loi pour la convergence intersectorielle.

2 – Les contraintes

Les perspectives d'évolution de l'ONDAM dans les années à venir rendent difficile la mise en œuvre du système redistributif que constitue la T2A : avec une croissance annuelle modérée de l'ONDAM (de l'ordre de 2,5 % par an), la hausse des coûts de production devrait être financée en totalité par les gains de productivité dégagés par les établissements.

A activité constante, les établissements initialement surdotés peuvent être confrontés à une baisse de leurs ressources. Cette baisse est due à la fois à l'encadrement de l'ONDAM, à la convergence intrasectorielle (baisse annuelle supérieure à 2,3 % pour presque un cinquième des établissements perdants du secteur public), ainsi qu'à la convergence intersectorielle. Celle-ci, dans le schéma retenu en 2005 (convergence à la moyenne) et dans le calendrier fixé par la loi (50 % en 2008), devrait en effet se traduire par une baisse de 3,2 % en 2007 et 2008, puis de 1,8 % de 2009 à 2012¹⁶⁶.

Les gains de productivité ainsi exigés des établissements surdotés apparaissent globalement très importants : pour les établissements ex DG en particulier, même en l'absence de convergence intersectorielle, la réalisation de ces gains semble d'ici 2012 difficilement compatible avec

166. Hypothèse d'une baisse de 15 % des tarifs publics figurant dans la note DHOS précitée de la fin 2004.

leurs marges de manœuvre effectives en raison de leurs contraintes de fonctionnement (les personnels représentent 70 % de leurs charges) et de leur vocation de recours (activité moins spécialisée et peu programmée).

3 – Les facteurs de continuité et de rupture

La réforme de la T2A comporte des facteurs de continuité importants : le dispositif de péréquation budgétaire mis en oeuvre de 1997 à 2003¹⁶⁷ utilisait déjà le PMSI pour mesurer la production et la productivité des établissements et poursuivait les mêmes objectifs généraux de réduction des disparités de coûts pour l'assureur et de convergence vers une moyenne nationale des ressources allouées.

Concernant la convergence vers la moyenne constatée, on peut douter de la pertinence économique d'un modèle de financement conduisant à accorder des recettes supplémentaires (effet d'aubaine) aux établissements dont les recettes sont inférieures à cette moyenne : cette orientation paraît contradictoire avec les contraintes financières actuelles de l'ONDAM. En outre, aucune destination privilégiée n'est affectée au surplus de moyens dont vont bénéficier les établissements initialement sous dotés.

La T2A introduit en revanche des facteurs de rupture significatifs : en fixant une grille nationale de tarifs opposables, le nouveau dispositif cherche à optimiser par les prix l'offre de soins hospitalière et à instaurer une alternative à la démarche d'encadrement budgétaire.

Cette transformation qui vise à inciter les établissements à réaliser des gains de productivité n'apporte pas de réponse, autre que mécanique, au problème central de l'organisation et des coûts des personnels hospitaliers publics, source probable d'une partie importante des écarts entre les deux secteurs.

Elle peut également ignorer ou contrarier deux autres volets du pilotage hospitalier : la régulation macroéconomique de la dépense et l'organisation de l'offre de soins.

En effet, pour maintenir ou accroître leur revenu, les établissements peuvent réagir à la fixation des tarifs soit en augmentant le volume des soins dispensés, soit en spécialisant leur activité sur les segments les plus rémunérateurs pour eux, soit par une combinaison de ces deux comportements. Il en résulte que la T2A peut engendrer une

167. De 2000 à 2003 dans le secteur privé sous OQN.

augmentation significative des dépenses¹⁶⁸. Cet effet inflationniste redouté est contraire à l'objectif de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et à la contrainte financière forte résultant de l'ONDAM (évolution tarifaire zéro à activité constante dans les prochaines années).

Une seconde contradiction apparaît entre les procédures d'organisation physique de l'offre hospitalière, placée sous la responsabilité des ARH et la logique d'optimisation par les tarifs introduite par la T2A :

- reconfigurer l'offre hospitalière par le truchement d'une cartographie idéale et quantifiée des prises en charge à confier à chaque structure est par nature assez antinomique avec le fait d'inciter les établissements, par le biais des tarifs, à adapter leur activité à leur performance économique (générer des gains de productivité, repérer les activités déficitaires, développer les activités rentables) ;
- les objectifs quantifiés par activité définis dans les SROS III se déclinent au niveau de chaque établissement dans les CPOM qui doivent être signés avant le 31 mars 2007. L'adaptation de l'offre de soins comporte ainsi un dispositif de fixation des volumes d'activité par établissement dont le non respect doit faire l'objet de sanctions et n'est pas cohérent avec la T2A.

C – Le début de la mise en œuvre

La décision du ministre chargé de la santé d'engager une réforme du financement dont les modalités étaient encore imprécises a été annoncée fin 2002, avec un début de mise en œuvre fixé au 1^{er} janvier 2004 pour le secteur public et au 1^{er} octobre pour le secteur privé.

Dans le secteur public, une forme embryonnaire de la T2A s'est appliquée le 1^{er} janvier 2004, mais ce n'est que le 1^{er} mars 2005 que le dispositif complet a été déployé dans les deux secteurs.

1 – La conduite de la réforme

Une structure particulière de pilotage a été mise en place fin 2002, composée d'un pôle de conception et de déploiement, la mission T2A

168. Cette situation a été observée dans le cas des cliniques privées soumises à ce type de régulation depuis 1992 : l'enveloppe allouée à ces cliniques a été dépassée tous les ans bien que, chaque année, le dépassement constaté ait été pris en compte pour définir l'enveloppe de l'année suivante. Le dépassement total constaté de 2000 à 2004 s'est élevé à près de 1 Md€

(MT2A)¹⁶⁹ rendant compte directement au ministre et d'un comité de concertation et de suivi qui regroupe les représentants des organisations professionnelles, installé dès février 2003.

L'organisation initiale a été étoffée par arrêté du 25 mai 2004 : ont été créés une mission d'audit et d'accompagnement¹⁷⁰ au sein de la MT2A ainsi qu'un comité d'évaluation installé en avril 2005. Il est présidé par le directeur de la haute autorité de santé et son secrétariat a été confié conjointement à la DREES et la DHOS. Il ne comporte que six personnes qualifiées sur 18 membres mais intègre les maîtres d'œuvre que sont le ministère et l'assurance maladie ainsi que les organisations professionnelles, ce qui est assez inhabituel en matière d'évaluation des politiques publiques.

A la fin de 2005, l'ensemble des moyens concourant à la mise en oeuvre de la réforme se caractérise à la fois par une insuffisance quantitative et par une répartition insatisfaisante des fonctions :

- en dépit de la primauté qui lui a été reconnue initialement, la MT2A n'a pas connu le développement attendu (début 2006 elle ne compte que 7 ETP alors qu'au moins 15 étaient prévus), ce qui l'a rendue tributaire des services de la DHOS, de la DREES et de l'ATIH et ses responsabilités en matière de conception et de pilotage se sont réduites au profit de tâches de gestion ;
- la DHOS dont la sous-direction financière est la plus sollicitée se trouve en théorie privée du pilotage de la réforme, alors même qu'elle l'assume en quasi-totalité ;
- les autres directions du ministère, DSS, DREES et DGS sont très peu associées aux décisions et aux travaux ;
- l'ATIH constitue la base technique essentielle de la T2A puisqu'elle est à la fois responsable de la classification de l'échelle nationale de coûts du secteur public et de tous les travaux de nature informatique concourant au fonctionnement du PMSI. Pour autant, ses moyens sont faibles, ce qui a entraîné des retards (la base PMSI 2004 n'a été livrée qu'en novembre 2005), des insuffisances (ces bases ne sont pas systématiquement exploitées) ou des transferts de compétence (des travaux relatifs à l'échelle de coûts du secteur privé ont été confiés à un cabinet privé en 2005, alors que l'ATIH est responsable de l'échelle des coûts du secteur public) ;

169. Voir, supra, les missions créées dans le cadre du plan hôpital 2007.

170. Cette mission est distincte de la MEAH mentionnée page 167.

- la multiplication des groupes de travail qui associent systématiquement les organisations professionnelles aux décisions et transforme l'élaboration de la T2A en objet de négociation permanente et consomme un temps précieux.

La Cour juge nécessaire une redéfinition de l'organisation des ressources humaines, dans les meilleurs délais, conduisant à :

- constituer, sous la responsabilité du DHOS, une équipe de pilotage de la réforme qui se substituerait à l'actuelle MT2A ;
- réduire le nombre actuel de groupes de travail ;
- clarifier les compétences de l'ATIH.

2 – Un premier bilan

a) Des outils de suivi, de contrôle et d'évaluation inexistants en 2005

Le suivi des dépenses d'assurance maladie a été gravement perturbé en cours d'exercice par la mise en oeuvre de systèmes d'avances et d'acomptes dans les deux secteurs¹⁷¹.

Aucun outil de contrôle n'était opérationnel en 2005 : aucune procédure de contrôle interne du codage des séjours ne s'impose en effet aux établissements (seule l'existence du directeur de l'information médicale -DIM- est obligatoire). Quant au contrôle externe des factures, il repose sur un dispositif législatif spécifique (articles L. 315-1 et L. 162-22-18 du code la sécurité sociale) qui ajoute à la procédure normale de contrôle des factures, de liquidation et de répétition d'indus habituellement dévolue aux caisses d'assurance maladie, une procédure de sanction financière en cas de manquements aux règles de facturation, d'erreurs de codage ou de prestations non réalisées. A cette occasion, un transfert de compétence des caisses d'assurance maladie à la commission exécutive des ARH a été décidé puisque c'est cette dernière qui fixe désormais le programme de contrôles à réaliser, organise leur exploitation et arrête les sanctions financières. Cette décision, que la Cour regrette, a eu pour effet de créer de fortes tensions entre le ministère et la CNAMTS et de bloquer temporairement l'application du contrôle externe dans les établissements qui n'a démarré qu'au début de 2006.

Les travaux du comité d'évaluation installé en 2005 ont progressé lentement, en raison à la fois de son organisation et de la difficulté du sujet lui-même. Saisi, lors de la première séance, d'un cahier des charges

171. Cf. supra partie I, chapitre I, D.

très général destiné à proposer une première grille de lecture de la réforme et des axes possibles d'évaluation, il a défini neuf thèmes et cinq groupes de travail dont les travaux sont laissés à l'initiative d'un animateur, le plus souvent issu d'une organisation professionnelle.

Ces outils sont pourtant d'autant plus nécessaires que la réflexion théorique et les expériences étrangères ont conduit à identifier un nombre important d'effets indésirables potentiels liés à la tarification à l'activité qui découlent tous de l'attitude possible de contournement des opérateurs face aux nouvelles contraintes de la T2A.

En effet, les gains de productivité que la T2A doit enclencher peuvent provenir d'une réorganisation et d'une optimisation des facteurs de production à prestations équivalentes, ce qui est l'effet recherché. Mais ils peuvent également découler d'une modification de l'activité de soins produite, artificielle ou réelle, entraînant des dépenses supplémentaires et/ou une perte de qualité : augmentation apparente du poids des cas traités par modification des techniques de codage (autorisées ou illicites), multiplication illicite du nombre de séjours rémunérés par forfaits en fractionnant les prises en charge de chaque patient, modification des pratiques médicales entraînant une perte de qualité, changement de clientèle par sélection ou spécialisation, augmentation de l'activité en volume sur les segments les plus rentables, externalisation des soins au sens large (transfert sur d'autres filières non contraintes, y compris en ville).

b) Des lacunes importantes et porteuses de risques

La participation de l'assuré dans le secteur public

Une première lacune vise l'actuel mode de calcul de la part laissée à la charge de l'assuré (ménages et assurances complémentaires) dans le secteur public : celui-ci n'a pas été adapté à la nouvelle tarification et maintient l'ancienne procédure du paiement d'un ticket modérateur sur des tarifs journaliers de prestations. Fixés par les établissements avec l'accord de l'ARH, ces tarifs constituent désormais pour l'établissement une variable d'ajustement des recettes d'assurance maladie et risquent, si celles-ci sont jugées insuffisantes pour équilibrer l'état prévisionnel des recettes et des dépenses, de conduire à une augmentation de la charge des

assurés¹⁷². La Cour recommande que la part de l'assuré dans les établissements publics soit calculée sur la base des tarifs de prestations résultant de la T2A, comme c'est déjà le cas dans le secteur privé.

Les zones à risque du dispositif de financement

D'une part, les deux financements hors tarifs que sont les MIGAC et les produits facturables en sus semblent mal maîtrisés en raison d'une définition pour l'instant insuffisamment resserrée. D'autre part, certaines zones de l'actuel dispositif tarifaire sont peu lisibles ou incertaines. Quelques exemples, parmi d'autres, peuvent être mentionnés :

- le financement de l'activité d'urgence ne compte pas moins de huit canaux différents (dont une partie « invisible » est incluse dans le tarif des GHS) qui font obstacle à une évaluation de son coût total par l'assurance maladie ;
- les activités de courte durée (moins de 48 heures), faute de définition suffisante, peuvent donner lieu à une facturation de GHS pour des prises en charge relevant en réalité des actes externes ou de passages aux urgences ;
- les règles fixant les bornes basses et hautes par GHS qui ouvrent droit au paiement des extrêmes subissent des modifications fréquentes et dont la justification n'est pas explicitée. Elles ont un impact financier très important sur les recettes des établissements et les incitent à adapter en permanence leurs durées de séjour pour des raisons non médicales.

Le rôle des organisations professionnelles dans le processus de décision

La concertation avec les organisations professionnelles est indispensable à la réussite de la réforme. Mais ces organisations sont en réalité partie prenante à toutes les décisions, parfois même chargées d'animer ou de mener à bien certains travaux de nature apparemment technique. Les pouvoirs publics sont ainsi placés en situation de négociation permanente. Compte tenu des enjeux financiers et politiques que recouvre chacune des questions même techniques, ce mode de pilotage nuit gravement au déploiement rapide de la réforme et lui fait

172. Précédemment, le budget autorisait des dépenses « encadrées » financées à la fois par les recettes en provenance des assurés et de l'assurance maladie : c'est la dotation globale de financement (DGF) qui servait de variable d'ajustement ex post (au cours de l'exercice n + 1) pour couvrir l'ensemble des dépenses encadrées autorisées.

courir des risques significatifs en termes de conformité à ses objectifs initiaux.

*

* *

Deux ans après le vote de la loi, la T2A est devenue une donnée majeure de la gestion des établissements de santé. Si elle souffre encore de certaines imperfections de jeunesse que devrait corriger une période de « réglage » estimée à environ cinq ans selon les experts, le manque de clarté de règles de gestion souvent modifiées ne peut que gêner les établissements dans leur démarche d'anticipation et de prévision.

Mais, plus fondamentalement, cette réforme pose deux problèmes majeurs qui tiennent aux orientations mêmes qui ont été retenues :

- la réalisation de la convergence entre les secteurs public et privé est suspendue aujourd'hui à des conditions qui paraissent impossibles à satisfaire d'ici 2012 ;
- les réformes de la T2A et de l'organisation de l'offre de soins ne sont pas suffisamment articulées.

Si la tarification à l'activité doit devenir la règle de gestion de droit commun des établissements de santé, il faut expliciter le rôle et la place dévolus à la planification des activités des soins. Dans une telle perspective, les CPOM devraient être utilisés comme des instruments de correction des effets pervers ou trop brutaux qui pourraient résulter des restructurations induites par la T2A.

Ainsi pourraient-ils déterminer clairement pour certains territoires et activités, les structures à conserver pour des raisons tenant au maillage du territoire ou à la continuité des soins. Ces structures se verraient alors appliquer un traitement financier spécifique.

Une clarification du scénario cible s'impose donc rapidement pour redonner visibilité et confiance aux établissements.

SYNTHESE

La mise en place des réformes introduites par le plan hôpital 2007 se fait de manière progressive. Les retards successifs constatés dans sa mise en œuvre témoignent de l'ampleur des chantiers et de leurs difficultés opérationnelles, manifestation sous estimées. Pour la T2A, ces retards ont été nombreux : report de son démarrage dans les établissements de santé du secteur privé du 1^{er} octobre 2004 au 1^{er} mars 2005, retard dans certaines de ses modalités d'application, report du démarrage des contrôles en 2006. Les délais d'élaboration des SROS III ont été prolongés

deux fois et la signature entre les ARH et les établissements de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, qui devront mettre en place des objectifs quantifiés, est censée intervenir en mars 2007. Ce délai sera très difficile à tenir.

Les conditions dans lesquelles ces réformes sont mises en œuvre ne permettent pas de les conduire avec efficacité. La création des trois missions nationales (T2A, MEAH et MAINH), dont le positionnement vis-à-vis de la DHOS est ambigu, pose en particulier la question du pilotage par l'administration centrale. Leur financement par l'assurance maladie, dont les crédits sont ainsi détournés de leur objet, et la création de structures extérieures sont préjudiciables à l'unité et à la cohérence de l'action de l'administration centrale.

La conception des SROS a été entièrement revue afin d'inscrire davantage la planification de l'offre de soins dans une logique sanitaire, prenant mieux en compte l'activité des établissements et les besoins de la population.

La cohérence des nouveaux outils de pilotage des établissements de santé que sont la T2A et les SROS n'apparaît pourtant pas clairement en raison, notamment des logiques distinctes dont ils s'inspirent : logique des objectifs quantifiés de l'offre de soins rattachés à la planification et logique d'efficacité de l'activité hospitalière sur la base d'une tarification nationale. Si ces deux outils ne sont pas contradictoires, leur combinaison harmonieuse ne va pas de soi et cette situation prive les établissements de la visibilité nécessaire. Dans l'état actuel de la réglementation, la déclinaison des objectifs quantifiés fixe aux établissements une structure d'activité et un volume préétablis, alors que la T2A vise à dynamiser l'offre de soins.

S'agissant de la T2A, la réalisation des conditions préalables à la mise en œuvre de la convergence intersectorielle est incompatible avec le calendrier actuellement prévu par la loi.

RECOMMANDATIONS

20. Confier à la DHOS la responsabilité du pilotage des réformes du plan hôpital 2007.

21. Substituer le financement de l'Etat à celui de l'assurance maladie pour les missions du plan hôpital 2007.

22. Intégrer dans la part tarifée à l'activité les composantes des MIGAC qui peuvent y entrer.

23. *Expliciter les règles tarifaires et leurs méthodes de calcul de manière à rendre plus lisible pour les acteurs les choix qui sont faits.*

24. *Réunir les conditions nécessaires pour la réussite de la convergence intersectorielle et modifier, en conséquence, le calendrier actuellement inscrit dans la loi.*

25. *Mieux articuler les outils de la planification hospitalière avec la T2A de manière à les rendre complémentaires.*

26. *Développer les études et les analyses permettant de comparer l'activité des deux secteurs d'hospitalisation et de porter un jugement sur l'efficacité des organisations.*
