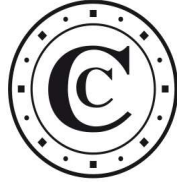


OBSERVATIONS DÉFINITIVES

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ (T2A)

Synthèse

Octobre 2023

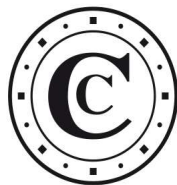


AVERTISSEMENT

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes.

Seules les observations définitives engagent la Cour des comptes.

Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités concernés figurent en annexe du rapport.



Sommaire

1	Le « tout T2A » dans le financement des établissements	4
2	La tarification à l'activité est un vecteur de meilleure connaissance et de maîtrise des coûts, en même temps qu'un outil d'orientation des pratiques médicales au service d'une politique de santé publique.....	6
3	Les tarifs sont devenus de plus en plus complexes et sont adoptés chaque année trop tardivement	7
4	La T2A, un outil de tarification durablement utilisé comme outil de régulation budgétaire	8
5	La nécessaire préservation d'une part de T2A dans le financement des établissements de santé	10
	Recommandations	11



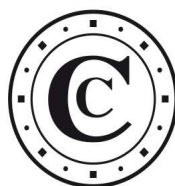
1 Le « tout T2A » dans le financement des établissements.

La loi du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004 a progressivement introduit, entre 2005 et 2008, dans le secteur public comme dans le secteur privé, une tarification à l'activité (T2A).

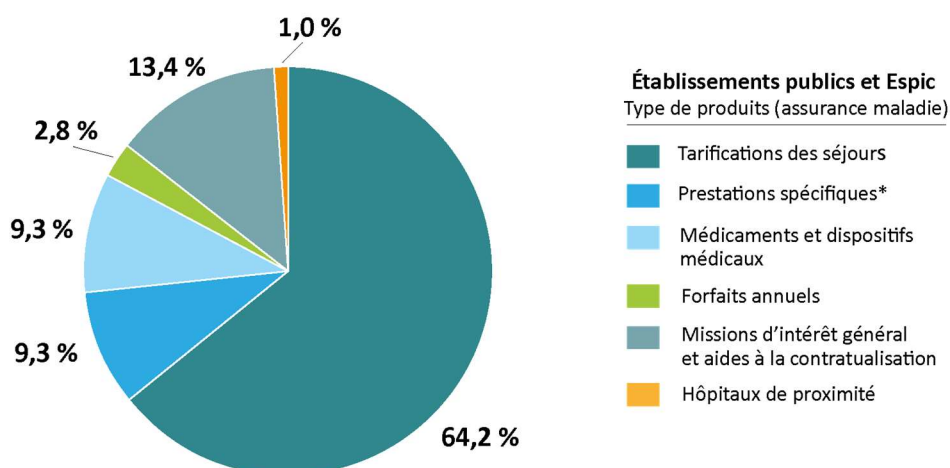
La tarification à l'activité prévoit, pour chaque séjour hospitalier correspondant à un type de pathologie, la détermination préalable d'un tarif établi au coût moyen constaté dans un échantillon d'établissements participant à une étude nationale de coûts réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). La T2A consiste en un paiement,

par l'assurance maladie, de ce tarif préalablement défini. En 2019, les tarifs ont représenté 47,4 Md€, soit 24 % de l'Objectif national de dépense d'assurance maladie (Ondam).

Pour les établissements de santé, les recettes tarifaires, rapportées au total des recettes perçues de l'assurance maladie, représentent 59,2 % pour les établissements publics, 69,2 % pour les établissements privés sans but lucratif et 81,4 % pour les établissements privés à but lucratif.

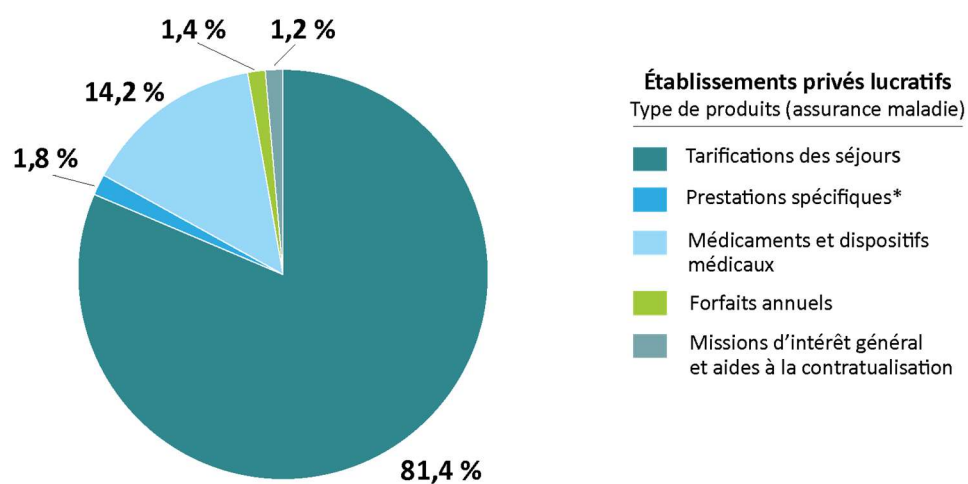


Répartition des produits versés par l'assurance maladie
pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique
par statut de l'établissement de santé en 2019



Source : Cour des comptes d'après l'état financier

Répartition des produits versés par l'assurance maladie
pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique
par statut de l'établissement de santé en 2019



Source : Cour des comptes d'après l'état financier



2 La tarification à l'activité est un vecteur de meilleure connaissance et de maîtrise des coûts, en même temps qu'un outil d'orientation des pratiques médicales au service d'une politique de santé publique.

La T2A a pour but d'inciter les établissements dont les coûts se situent au-dessus du tarif à des efforts d'efficience et de productivité.

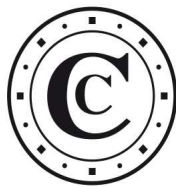
La première vertu de la T2A, reconnue par tous les acteurs, est de rendre plus objective la connaissance des coûts des établissements grâce à une nomenclature médico-économique et, sur cette base, de rendre plus équitable la répartition des financements entre établissements.

Les établissements de santé publics et privés ont donc été incités à développer des outils de pilotage budgétaire et de mesure des coûts, de manière à adapter leur organisation et leur gestion aux recettes d'activité tirées des séjours des patients.

Cependant, la comptabilité analytique des hôpitaux présente encore des limites difficilement conciliables avec les exigences de gestion qu'implique la

tarification à l'activité. Elle peut être significativement améliorée pour rendre possible une meilleure connaissance de l'activité médicale et des coûts, en répondant à des objectifs de standardisation des normes et d'harmonisation entre les établissements. La T2A a, malgré tout, contribué, par l'incitation à la maîtrise des charges d'exploitation qu'elle a entraînée, à faire progresser l'organisation des soins et le pilotage des établissements de santé.

Par ailleurs, les tarifs ont été parfois utilisés, *via* des augmentations ou des baisses ciblées, au service d'objectifs de santé publique (lutte contre le cancer, soins palliatifs, pathologies lourdes, accidents vasculaires cérébraux), d'organisation (développement de la chirurgie ambulatoire) ou d'évolution des pratiques (par exemple, privilégier l'accouchement par voie basse plutôt que la césarienne).



3 Les tarifs sont devenus de plus en plus complexes et sont adoptés chaque année trop tardivement

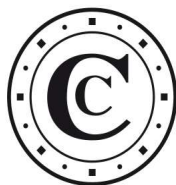
La représentativité de l'étude nationale des coûts, sur laquelle repose la détermination des tarifs, est insuffisante, tant en raison de la faible diversité, notamment géographique et statutaire, des établissements qui y participent, que du défaut d'exhaustivité des activités qui y sont intégrées.

La nomenclature médicale hospitalière présente le mérite d'être suffisamment fine pour correspondre aux pratiques médicales. En revanche, la multiplication des tarifs (près de 3 700 tarifs en 2022) alourdit le dispositif (alors même que près de la moitié d'entre eux sont sous-utilisés) et rend plus complexes les opérations de codage. Dans les établissements, les pratiques des départements d'information médicale, sur lesquels reposent la complétude et la qualité du codage de l'activité, devraient être unifiées, autant

que possible, à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire. Les erreurs de codage qui, dans certains cas, induisent des paiements injustifiés ou surévalués, sont insuffisamment contrôlées par l'assurance maladie.

De surcroît, la multiplication des tarifs, chacun de plus en plus ciblé, nuit à la mutualisation des coûts des pratiques médicales traitant la même pathologie.

Enfin, l'adoption tardive des tarifs annuels, fixés au mois de mars alors que les établissements de santé ont l'obligation réglementaire d'arrêter leur budget à la fin de l'exercice précédent, aggrave la situation des établissements, placés dans l'impossibilité d'établir des prévisions budgétaires sur des bases tarifaires stabilisées.



4 La T2A, un outil de tarification durablement utilisé comme outil de régulation budgétaire

Les tarifs ont été, pendant près de dix ans, le principal mécanisme de respect de l'objectif national annuel de dépenses d'assurance maladie fixé chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale, transformant ainsi un outil de tarification en instrument quasi-budgétaire.

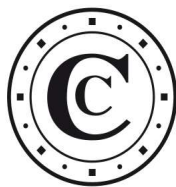
Cet ajustement uniforme des tarifs en-deçà des coûts moyens qu'ils sont censés couvrir a permis de contenir la dépense hospitalière et, parfois, de compenser les dépassements de l'enveloppe des soins de ville. Par ailleurs, des mises en réserve ont été effectuées à titre prudentiel et n'ont pas fait l'objet de restitution, jusqu'en 2016 inclus.

Toutefois, la baisse des tarifs depuis une décennie, non accompagnée de mesures structurelles pour aider les établissements à se réorganiser, a mis ces derniers en difficulté, puisque les tarifs s'éloignaient sans cesse davantage des coûts qu'ils étaient supposés couvrir.

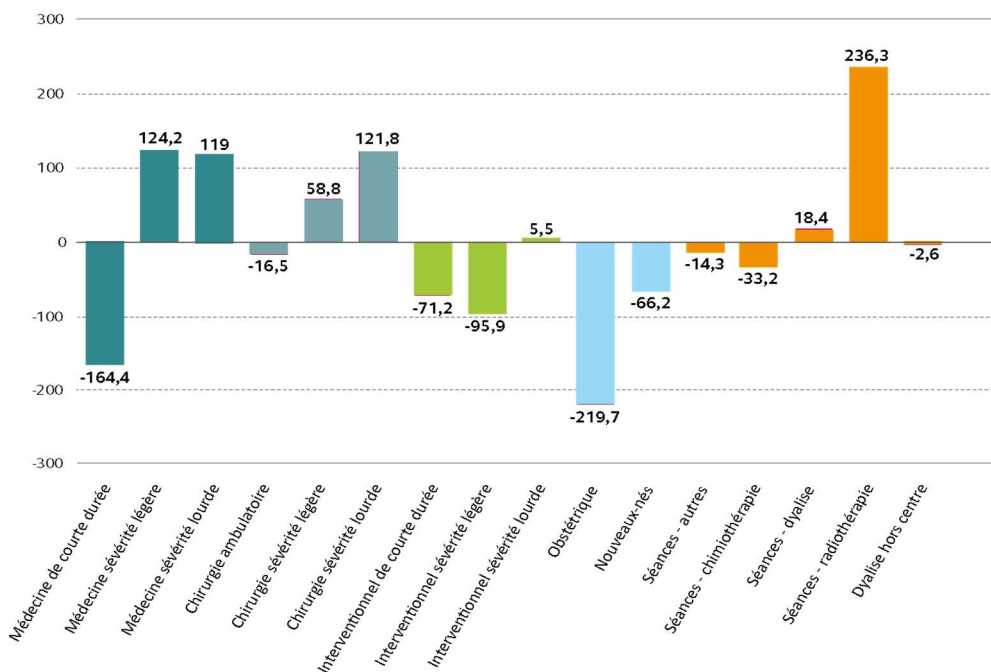
En réalité, les tarifs sont désormais moins fixés par référence aux coûts que par référence aux tarifs de l'année précédente, actualisés par un taux d'évolution lui-même fonction de l'Ondam. Le signal économique qu'ils sont supposés porter est donc de moins en moins fiable.

L'impossibilité de rapprocher les tarifs et les coûts nuit à la lisibilité du système aussi bien qu'à la connaissance fine, par les hôpitaux, de l'efficacité de leurs activités. Pour émettre un signal-prix efficace, les tarifs doivent être construits de manière lisible, transparente, assurer la couverture des coûts moyens et s'approcher au plus près de la neutralité tarifaire.

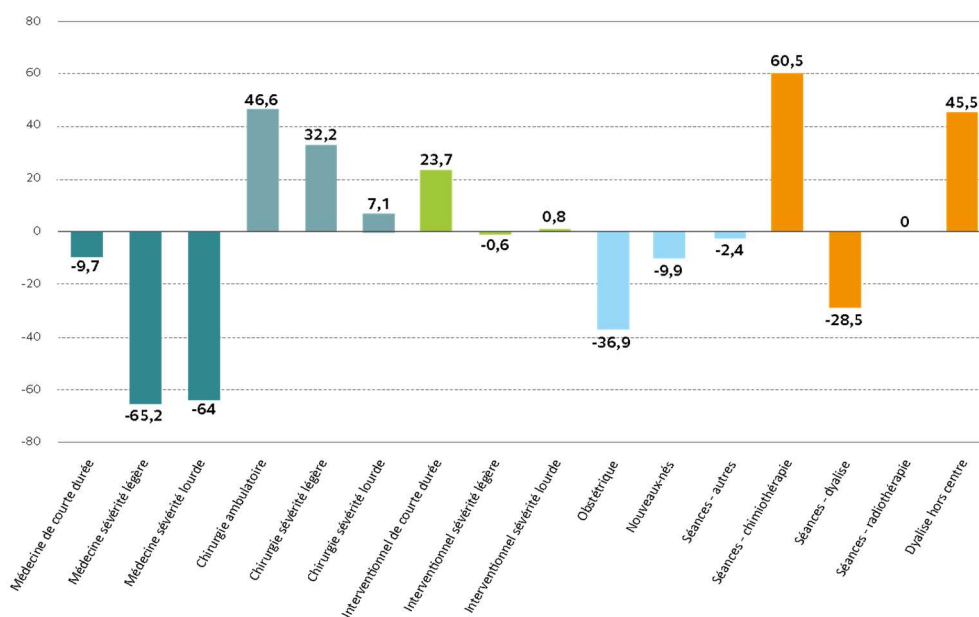
Sur le long terme, les écarts qui se sont creusés entre les coûts et les tarifs ont produit des situations de sur ou de sous-financement. Ces distorsions durables du signal-prix ont eu des incidences sur l'organisation des soins et sur la répartition des spécialités entre les établissements publics et les établissements privés, lucratifs ou non, dont les décisions peuvent se révéler opportunistes.

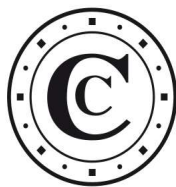


Situations de sur et de sous-financement par rapport aux coûts moyens pour les établissements publics et Espic en 2020



Situations de sur et de sous-financement par rapport aux coûts moyens pour les établissements privés lucratifs en 2020





5 La nécessaire préservation d'une part de T2A dans le financement des établissements de santé

L'évolution de la tarification hospitalière doit être l'occasion de garantir les conditions d'une totale transparence du processus de calcul des coûts et de construction des tarifs, tant politiques que techniques.

Au prix des améliorations décrites ci-dessus, le maintien d'une part significative de tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé permettrait de lui conserver sa vocation première d'outil incitant à la réduction des coûts et à l'efficacité, sur une base objective admise par tous. Les objectifs initialement assignés à la T2A, en termes

d'équité et de transparence des financements, demeurent indispensables et l'outil a apporté la preuve qu'il contribuait à leur réalisation.

Si le poids de la tarification à l'activité diminuait au profit d'autres vecteurs de financement des établissements de santé, il serait nécessaire, pour faire respecter l'Ondam, de trouver d'autres modalités que les seules évolutions tarifaires. La régulation devrait alors porter, non plus sur les tarifs eux-mêmes mais sur les dotations et sur des mises en réserve prudentielles accrues.



Recommandations

1. (DGOS) : Réduire le nombre de groupes homogènes de séjours de manière à garantir que chacun d'eux préserve une base suffisamment large pour que le calcul d'un coût moyen du séjour conserve une signification ainsi qu'une incitation à l'efficacité.

2. (DGOS) : Harmoniser dès 2024, pour l'ensemble des établissements publics et privés, les règles de la comptabilité analytique hospitalière et les rendre obligatoires, afin de permettre, d'une part, à chaque établissement de comparer ses coûts aux tarifs et, d'autre part, de favoriser les comparaisons des coûts entre les établissements de santé.

3. (DGOS) : Unifier les pratiques de codage dans les groupements hospitaliers de territoire, sous l'autorité des DIM de territoire.

4. (DGOS, ATIH) : Rendre publics les programmes, les algorithmes, les hypothèses et les retraitements relatifs au dispositif de collecte des coûts et de construction des tarifs.

5. (DGOS, ATIH) : Éliminer les écarts de tarifs non justifiés par les coûts des différents GHS ou par des décisions correspondant à des objectifs de santé publique.